



Raquel Robalo

Relatório de Trabalho de Projeto

Cuidados de Enfermagem à pessoa
em situação neurocrítica,
potencial dadora de órgãos/tecidos.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação
científica da Professora Armandina Antunes.

Julho 2016



Raquel Robalo

Relatório de Trabalho de Projeto

Cuidados de Enfermagem à pessoa
em situação neurocrítica,
potencial dadora de órgãos/tecidos.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação
científica da Professora Armandina Antunes.

Julho 2016

**DECLARAÇÃO DO(S)
ORIENTADOR(ES)**

Declaro que a Dissertação / Relatório / Projeto intitulada Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos, do estudante Raquel Alexandra Bruno Robalo, n.º 140519017, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

Escola Superior de Saúde, 28-04-2016.

O(s) orientador(es),



(Armandina do Carmo Antunes)

“O transplante mais caro é aquele em que se perde o órgão!”

(Macário, 2014, p. 3)

“Participar do processo que proporciona um transplante de órgãos e devolve a vida a um indivíduo que se sentia “por um fio” à espera do transplante, impulsiona o sistema a funcionar e o profissional a desenvolver o seu trabalho com absoluta dedicação”.

(Neto, 2010, p. 3)

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais, pela força que me deram nos momentos de maior desânimo e pela compreensão.

Aos colegas da UGP, pela colaboração para a realização do Projeto.

Aos Orientadores, pela disponibilidade incansável, entusiasmo incutido e interesse na minha aprendizagem.

A quem contribuiu para a realização do Estágio na Catalunha.

E há minha amiga Vanessa Costa, companheira de muitas horas ao longo do Curso.

RESUMO

A escassez de órgãos para transplante trata-se de uma problemática atual. O número de pessoas em lista de espera por um órgão é elevado e o número de doadores revela-se insuficiente para as necessidades. O enfermeiro pela sua proximidade à pessoa e família na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada na identificação de potenciais doadores. Estes cuidados requerem conhecimentos e competências (técnicas, humanas, éticas e legais) para as quais deve estar desperto.

O presente relatório pretende refletir o percurso vivenciado para o desenvolvimento e consolidação dos mesmos. Para a sua concretização, foram realizados estágios em locais e instituições de referência na doação e transplantação.

Este relatório demonstra o processo de aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre, com vista à sua apresentação e discussão pública para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Foram desenvolvidos 2 projetos:

- de Intervenção em Serviço (PIS) e
- de Aprendizagem Clínica (PAC), no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

O PIS foi desenvolvido na Urgência Geral Polivalente (UGP) do Hospital X, no âmbito da pessoa em situação neurocrítica, de acordo com a Metodologia de Trabalho de Projeto. O objetivo foi capacitar os enfermeiros para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces a estas pessoas, em contexto de urgência, de forma global e norteada, pelo que se optou por uma formação virada para a identificação/referenciação de potenciais doadores, o diagnóstico, a avaliação, os cuidados na manutenção e a abordagem da família/pessoa significativa com vista ao transplante com sucesso. Para além da pesquisa bibliográfica, recorreu-se ao referencial teórico da Transição de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance.

O PAC teve como objetivo refletir criticamente a prática desenvolvida à luz das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em

Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa e analisar as aprendizagens, refletindo acerca de um conjunto de competências de índole mais diferenciado - Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que pressupõe um entendimento mais profundo da pessoa. Foram igualmente elaboradas instruções de trabalho que visam melhorar a prática através da sua aplicação.

Os ganhos obtidos com os estágios originaram saberes e conhecimentos específicos que foram partilhados e permitiram mudanças positivas na equipa multidisciplinar através de sessões formativas que permitiram debate de ideias, esclarecimento de dúvidas e uma prática mais sustentada e apoiada num procedimento setorial reformulado.

Palavras-chave: Competências, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Neurocrítica, Pessoa em Situação Crítica Potencial Dador de Órgãos/Tecidos, Urgência Geral Polivalente, Metodologia Trabalho de Projeto.

ABSTRAT

The shortage of organs for transplantation is an actual problem. The number of people on the waiting list is high and the number of donors proves is insufficient for the demand. Nurses due to the proximity to the person and family during care, occupie a privileged position at the identification of potential donors. Nurses should be aware that such care requires knowledge and skills (techniques, human, ethical and legal).

In this way, this report intends to reflect the experience for the development and consolidation of them. For that, we made internships in leading institutions for donation and transplantation area.

The present report reflects the path in the process of acquisition of Common and Specifics Skills during the internship of Nurse Specialization in Medical-Surgical Nursing in internship, to its presentation and public discussion, with the aim of obtaining the degree of Master's Course in Medical-Surgical Nursing. In this period is noteworthy of mention the two projects developed: Attendance Intervention Project and Clinic Learning Project under the 4th Master's Course in Medical-Surgical Nursing, College of Health Polytechnic Institute of Setúbal School.

The Attendance Intervention Project was developed in a hospital's emergency department, under the scope of Neurocritic Person situation by applying the work project methodology. The objective was to train nurses to the importance of detecting and providing early care, global and guided way, to a potential organ/tissue donor in the emergency department, so we opted for a training based on the identification / referral of potential donors, diagnosis, assessment, care and maintenance in the approach to family / significant person for a successful transplant. In addition to the bibliographic research, we used the theoretical framework Transition Afaf Meleis, a Theory of medium range.

The objective of Clinic Learning Project was to reflect critically about common skills of the Specialist Nurse and Specific Skills of the Specialist Nurse in Critic and Chronic/Palliative Care, and analyze the learning, reflecting on a set of more differentiated nature of skills - Master Skills in Medical-Surgical Nursing and which requires a deeper understanding of the person. They were also working instructions aimed at improving practice through its application.

The gains we had from the internships originated specific knowledge and expertise that were shared, enabling positive changes in the multidisciplinary team through training sessions that allowed discussion of ideas, clarifying doubts and a more sustained practice and supported a sectoral recast procedure.

Key words: Skills, Medical-Surgical Nursing, Person in Neurocritic Situation, Potential Organ/Tissues Donor, Emergency Department, Work Project Methodology.

LISTA DAS SIGLAS

AO- Assistente Operacional
APA (American Psychological Association) - Associação Americana de Psicologia
BO- Bloco Operatório
CHD- Coordenador Hospitalar de Doação
CHLC- Centro Hospitalar Lisboa Central
CHUC- Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra
CI- Cuidados Intensivos
DAE- Desfibrilhador Automático Externo
DAV- Diretriz Antecipadas de Vontade
DGS- Direção Geral de Saúde
EAM- Enfarte Agudo do Miocardo
ECD- Exames Complementares de Diagnostico
EPI- Equipamento de Proteção Individual
GCCT- Gabinete de Coordenador de Colheita e Transplantação
HC- Hemoculturas
IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
IML- Instituto de Medicina Legal
INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica
IPS/ESS- Instituto Politécnico de Setúbal/Escola Superior de Saúde
IPST- Instituto Português do Sangue e da Transplantação
IRC- Insuficiência Renal Crónica
MC- Morte Cerebral
NC- Neurocrítico
NOC- Normas de Orientação Clínica
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PA- Pressão Arterial
PAC- Projeto de Intervenção em Serviço
PCR- Paragem Cardiorrespiratória
PD- Potencial Dador
PIS- Projeto de Aprendizagem Clínica
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PVC- Pressão Venosa Central
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV- Suporte Avançado de Vida
SBV- Suporte Básico de Vida

SE- Sala de Emergência
SEM- Sistema de Emergência Médica
SNC- Sistema Nervoso Central
SNG- Sonda Naso Gástrica
SNS- Sistema Nacional de Saúde
SU- Serviço de Urgência
SWOT (Strengs, Weakness, Opportunities and Threats) - Forças, fraquezas, oportunidades e ameaças
TAM- Tensão Arterial Médica
TAS- Tensão Arterial Sistólica
TCE- Traumatismo CraneoEncefálico
UC- Unidade Curricular
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos
UGP- Urgência Geral Polivalente
UO- Unidade de Observação
VHB- Vírus da Hepatite B
VHC- Vírus de Hepatite C
VIH- Vírus de Imunodeficiência Humana
VLTH- Vírus Linfotrópico da célula T Humana
VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL.....	20
1.1. Enfermagem Enquanto Disciplina e Profissão	20
1.2. A Teoria de Transição de Meleis	21
1.3. Doação/Transplantação	25
1.3.1. Contextualização Histórica Da Transplantação	25
1.3.2. O Transplante de Órgãos/Tecidos	27
1.3.3. Tipos de Dadores de Órgãos/Tecidos.....	34
1.3.4. Consentimento Presumido/Consentimento Expresso na Colheita e Transplante de Órgãos/Tecidos	44
1.3.5. Cuidados de Enfermagem ao Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	45
1.3.6. Cuidados de Enfermagem à Família/Pessoa Significativa do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos	54
1.4. Contextualização dos Estágios na UGP do Hospital X	61
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS).....	66
2.1. Diagnóstico de Situação	67
2.1.1. Definição Geral do Problema e sua Análise	68
2.1.2. Definição dos Objetivos.....	75
2.2. Planeamento do PIS	76
2.2.1. Definição de Atividades, Estratégias e Meios	76
2.2.2. Indicadores de Avaliação.....	82
2.2.3. Previsão dos Constrangimentos e Forma de os Ultrapassar.....	82
2.3- Execução/Avaliação.....	83
2.4- Divulgação dos Resultados	90
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)	92
3.1. Reflexão Acerca das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	93
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	93

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	96
3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	101
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	103
3.2. Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	107
3.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	108
3.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação	112
3.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas.....	114
3.3. Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	116
3.3.1. Cuida de Pessoas com Doença Crónica, Incapacitante e Terminal, dos Seus Cuidadores e Familiares em Todos os Contextos de Prática Clínica, Diminuindo o Seu Sofrimento, Maximizando o Seu Bem-estar, Conforto e Qualidade de Vida.....	117
3.3.2. Estabelece Relação Terapêutica com Pessoas com Doença Crónica, Incapacitante e Terminal, com os Seus Cuidadores e Familiares de modo a Facilitar o Processo de Adaptação às Perdas e à Morte.....	120
3.4. Análise das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	125
3.4.1- Demonstra Competência Clínica Específica Na Conceção, Gestão E Supervisão Clínica Dos Cuidados De Enfermagem	126
3.4.2- Desenvolvimento Autónomo De Conhecimentos E Competências	128
3.4.3- Integra Equipas De Desenvolvimento Multidisciplinar De Forma Proactiva	130
3.4.4- Desenvolvimento De Tomada De Decisão E Raciocínio	131
3.4.5- Investigação Para A Promoção Da Prática De Enfermagem Baseada Na Evidência	133
3.4.6- Realiza Análise Diagnóstica, Planeamento, Intervenção E Avaliação Na Formação Dos Pares E De Colaboradores, Integrando Formação, A Investigação, As Políticas De Saúde E A Administração Em Saúde Em Geral E Em Enfermagem Em Particular.....	134
4. CONCLUSÃO	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
ANEXOS.....	162

Anexo 1	164
Campanha	164
Anexo 2	168
Diagnóstico de MC no Adulto.....	168
Anexo 3	172
Fatores Específicos para o insucesso do transplante.....	172
Anexo 4	176
Como Comunicar Más Notícias: Protocolo De Seis Etapas De Buckman	176
Anexo 5	182
XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva	182
Anexo 6	190
Curso de Gestão de Recursos em Situação de Crise e Urgência/Emergência	190
Anexo 7	194
III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica	194
Anexo 8	200
VIII Reunião De Colheita De Órgãos E De Transplantação Renal No HGO	200
Anexo 9	204
Estágio No Hospital K Da Catalunha.....	204
Anexo 10	208
Curso De Reconhecimento E Abordagem Do Potencial Dador De Órgãos E Tecidos	208
Anexo 11	212
Pelvic C-Clamp	212
APÊNDICES.....	216
Apêndice 1	218
Análise de SWOT	218
Apêndice 2	222
Planeamento Do Projeto	222
Apêndice 3	230
Cronograma.....	230

Apêndice 4	238
Estágios.....	238
Apêndice 5	258
Procedimento Setorial Reformulado	258
Apêndice 6	276
Sessões Formativas	276
Apêndice 7	286
Planos Das Sessões Formativas	286
Apêndice 8	294
Cartazes Informativos Das Sessões De Formação	294
Apêndice 9	298
Pósteres.....	298
Apêndice 10	302
Cronograma de planeamento/validação das atividades.....	302
Apêndice 11	310
Artigo científico	310
Apêndice 12	324
Fluxograma do direito da família/pessoa significativa à informação	324
Apêndice 13	328
Instrução De Trabalho Sobre a Técnica De Lavagem Vesical	328
Apêndice 14	332
Instrução De Trabalho Sobre a Técnica De Cateterismo Vesical Intermitente	332
Apêndice 15	336
Instrução De Trabalho Sobre Kit De Algaliação	336
Apêndice 16	340
Folha De Macas	340

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), nos anos letivos 2014-2015, 2015-2016, para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem na área da especialização Médico-Cirúrgica, após apresentação e discussão pública. Com um total de 30 ECTS, o curso teve a duração de 3 semestres. Através deste relatório é possível descrever os acontecimentos vividos e demonstrar os conhecimentos bem como o desempenho, ao longo das dezasseis semanas dos estágios I e II, entre 16 de Março e 10 de Julho de 2015 e das 16 semanas do estágio III entre 21 de Setembro de 2015 e 5 de Fevereiro de 2016. Tendo por base, o Decreto-lei nº 107/2008 de 25 de Junho, o ciclo de estudos para a obtenção do Grau de Mestre deve integrar *“uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especificamente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final”*, pelo que nos propusemos elaborar um projeto de intervenção em serviço (PIS), de forma a dar resposta ao domínio especializado da área em estudo, utilizando a metodologia de trabalho de projeto (MTP). Foi ainda desenvolvido um artigo científico sobre este trabalho, sendo nossa ambição que o mesmo venha a ser publicado, de forma a divulgar o trabalho realizado e simultaneamente responder a um dos requisitos da metodologia de trabalho de projeto.

Foi também elaborado um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), que permitiu dar visibilidade ao desenvolvimento de competências adquiridas ao longo dos estágios em termos evolutivos de acordo com as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros, bem como das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde se pretendeu demonstrar a ligação entre a prática e os conhecimentos teóricos.

Se por um lado, as situações de trabalho vivenciadas proporcionam momentos de reflexão crítica sobre as experiências adquiridas, os estágios representam aprendizagens que promovem a observação, o conhecimento e o saber em contexto de trabalho. Neste sentido, optou-se pela realização de estágio na Urgência Geral Polivalente (UGP) do

Hospital X. Um hospital central que recebe diariamente pessoas de todo o país, para as mais diversas especialidades, pelo que é exigido aos seus profissionais que estejam devidamente capacitados para os receber e responder a praticamente todo o tipo de situações clínicas complexas, não apenas do foro médico mas também do foro cirúrgico, independentemente de serem pessoas em situação crítica ou crónica, numa resposta que se pretende rápida e eficaz, nas SE. Apesar da pertinência pessoal, após consulta de peritos no local foi possível perceber a necessidade de despertar a consciência dos enfermeiros para uma atuação precoce junto da pessoa em situação neurocrítica, dado poder vir a constituir um potencial dador de órgãos/tecidos.

Embora a pessoa em situação Neurocrítica (NC) possa recuperar, a hipótese da doação dadas as possíveis alterações fisiopatológicas irreversíveis, provocando Morte cerebral (MC), estão fortemente presentes, o que nos levou a considerá-la como fundamental para este trabalho. A constatação de tais factos, levou-nos à necessidade de desenvolver Competências Especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a capacitar para a prestação de cuidados de excelência a estas pessoas, assegurando a resposta adequada às suas necessidades, à luz do novo paradigma a nível do ensino e da aprendizagem. A formação em todas as profissões é quase uma obrigação, pois constitui um aprofundar e uma demonstração de conhecimentos (Somera, Somera Júnior & Rondina, 2010). Para os enfermeiros, é a possibilidade de adquirir e/ou aprofundar competências técnicas e humanas com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, até porque pela sua proximidade com as pessoas, ocupa uma posição privilegiada para a identificação de potenciais dadores, devendo estar atento a todas as alterações específicas, seja a nível cardiovascular, pulmonar, endócrino, imunológico, hepático, de coagulação ou termorregulação, como a todos os outros cuidados gerais, consequentes da MC.

Para poder alcançar as metas propostas, para além do já referido anteriormente, elegemos 5 campos de estágio de observação, nomeadamente 2 Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT) de 2 hospitais de referência, um no norte e outro no sul, de forma a conhecer a dinâmica e as suas diferenças; um gabinete de doação de órgãos e tecidos de um hospital da área de referência de um GCCT do sul, de forma a perceber a sua atuação e relação com o GCCT; uma Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN) de referência pela elevada probabilidade de nos depararmos com pessoas em MC e

finalmente um campo de estágio em Espanha, num Hospital de referência da Catalunha, por este ser um país com elevadas taxas de sucesso na área da transplantação.

Os objetivos do presente relatório são: Enquadrar, do ponto de vista teórico/concetual, a prática desenvolvida e o projeto realizado; Contextualizar os locais onde decorreram os estágios I, II e III e as formações assistidas; Apresentar o PIS desenvolvido em estágio de acordo com a MTP, descrevendo o diagnóstico de situação, o planeamento, a execução, a avaliação e a divulgação dos resultados, com a respetiva contextualização e enquadramento teórico; Apresentar o PAC desenvolvido nos estágios I, II e III refletindo criticamente a prática desenvolvida à luz das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica e Paliativa e analisar as aprendizagens relativas às competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em 4 partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico/conceptual que norteou a prática desenvolvida, onde são apresentados os contributos da pesquisa efetuada sobre a Enfermagem enquanto Disciplina e Profissão, a Teoria da Transição de Meleis, os resultados da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática de projeto desenvolvida em torno da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos e uma contextualização do estágio realizado na UGP, fazendo uma caracterização do mesmo. A escolha da Teoria de Meleis, enquanto teoria de suporte prende-se com a presença inevitavelmente da mudança nestas pessoas admitidas na Salas de Emergência (SE) e suas famílias. A transição pode ocorrer proporcionando uma recuperação total ou parcial ou no sentido da MC, constituindo um potencial dador após as provas de confirmação do diagnóstico. De salientar que em algumas situações poder-se-á não estar a prestar cuidados de saúde à pessoa propriamente dita, mas ao corpo e à sua família/pessoa significativa, mas que poderá significar a possibilidade de colheita de órgãos e por isso proporcionar a cura de outra pessoa e a melhoria da sua qualidade de vida. Ainda de acordo com o mesmo referencial teórico é notória a existência de diferentes transições saúde/doença, pela morte inesperada e transição situacional pela perda de um familiar (Meleis, 2011). Numa segunda parte e segundo a MTP, apresenta-se o PIS desenvolvido no âmbito de uma problemática clínica de enfermagem, no contexto de estágio, em que esta é exposta tal como os objetivos que se pretendem alcançar, mas também as atividades a desenvolver e os locais de ensino clínico

escolhidos. Segue-se a execução, a avaliação e a divulgação dos resultados. Numa terceira parte aborda-se o PAC, em que pretendemos dar a conhecer todas as competências desenvolvidas e adquiridas (Competência Comum do Enfermeiro Especialista e Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa e de Mestre) e as atividades desenvolvidas, de uma forma reflexiva e crítica. Terminamos com a conclusão, através de uma análise ao percurso do trabalho realizado, tendo em consideração os objetivos definidos, na quarta parte. Em Anexos e Apêndices são apresentados todos os documentos que nos pareceram pertinentes para a melhor compreensão do relatório.

Este relatório foi redigido tendo por base as orientações de diversos documentos fornecidos pela ESS/IPS: Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESS, Guia para a elaboração de Relatório de Trabalho de Projeto/Estágio, Guia Orientador de 2º Semestre Ano Letivo 2014-2015; Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Ano Letivo 2014-2015 e 2015-2016 e Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas (Ruivo *et al.*, 2010). Foi também elaborado segundo a APA 6ª edição no que respeita à referência bibliográfica e está de acordo com o novo acordo ortográfico instituído em Portugal¹.

¹ <https://bibliotecafea.com/tag/manual-apa-6a-edicao/>

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL

O enquadramento concetual expõe os conceitos e a teoria que servem de quadro de referência, pertinentes para um domínio de interesse. Desta forma, segue-se uma abordagem da Enfermagem enquanto Disciplina e Profissão, da Teoria de médio alcance da Transição de Meleis, seguida de uma visão relativamente à temática da doação/transplantação e uma contextualização do estágio na UGP.

1.1. Enfermagem Enquanto Disciplina e Profissão

A Enfermagem profissional teve início com Florence Nightingale no século XIX, altura em que as mulheres também passaram a ser escolarizadas. É então que o cuidado começa a ganhar especificidade, sendo atribuída verdadeira importância aos cursos que os estudantes de enfermagem necessitavam de adquirir com o intuito de alcançarem um currículo uniformizado e conduzindo deste modo o exercício da profissão, de uma forma especial e produzindo conhecimentos que alicerçavam a prática (Tomey e Alligood, 2004).

Até ao século XX a enfermagem não era considerada uma disciplina académica, nem uma profissão, mas sim uma vocação, pelo que a primeira metade deste século foi crucial, marcando uma viragem, pois percebeu-se que a prática de enfermagem profissional deveria ter como premissa, uma sólida base de conhecimento. Apesar de interligados, estes conceitos não têm o mesmo significado, na medida em que uma disciplina está diretamente relacionada com o ramo do ensino ou a um domínio do conhecimento e uma profissão refere-se a um campo especializado da prática, sustentada na estrutura teórica da ciência ou do conhecimento daquela disciplina e nas competências que lhe estão intrínsecas (Tomey e Alligood, 2004).

A segunda metade do século XX, permitiu mudanças estruturais e conceituais importantes em enfermagem. Os modelos conceituais foram essenciais para que a enfermagem fosse designada como disciplina, uma vez que esta depende da teoria. Os modelos de enfermagem surgiram da necessidade de teorizar a prática em enfermagem com o objetivo de organizar as estruturas de pensamento, apesar de proporcionarem perspetivas diversas conforme o modelo. Proporcionaram uma emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma e delimitaram o campo específico da

enfermagem, contribuindo para a concentração de esforços e a um desempenho de atividades específicas da profissão com objetivos comuns, de forma a contribuir para a saúde e bem-estar da sociedade (Tomey e Alligood, 2004).

A passagem da vocação para profissão prendeu-se com o facto desta última prestar um serviço público e a prática estar centrada em quem serve. Seguiu-se a era da investigação, considerado um caminho para o novo conhecimento, seguida da era do ensino graduado. Chegámos à fase contemporânea, em que é atribuída maior importância ao uso da teoria na prática e ao contínuo desenvolvimento da teoria, em que juntamente com a investigação são vitais tanto para a disciplina como para a profissão (Tomey e Alligood, 2004).

1.2. A Teoria de Transição de Meleis

Ter uma teoria que nos sirva de base e nos conduza na prestação de cuidados é fundamental para uma excelência na prestação de cuidados de referência, com elevados níveis de eficiência e eficácia e nos permitam olhar a pessoa como um todo.

No nosso ponto de vista, a teoria de Transição de Meleis é a que melhor se relaciona com a temática da pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e da sua família/pessoa significativa, na medida em que a palavra Transição deriva do latim *Transitióne*, que significa o ato ou o efeito de passar de um estado, assunto ou lugar para outro. Não se trata apenas de uma mudança, implica um processo psicológico que envolve a adaptação à mudança face aos eventos perturbadores, ou seja, a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e autodeterminação das pessoas para incorporarem a mudança na sua vida, como o caso da pessoa saudável que subitamente adoece dada a situação NC, mas também a sua família que vivencia tal situação (Meleis, 2011).

Para Meleis (2011) a pessoa deve ser vista como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar a essas mudanças, mas que devido a uma situação de doença ou de maior vulnerabilidade, entra em desequilíbrio. Assim, ao longo da sua vida, cada pessoa experiencia vários processos de transição que implicam uma adaptação à nova realidade, uma reorientação interior, dada a necessidade da mudança, seja ela opcional ou forçada.

Deste modo, os enfermeiros desempenham uma função importante, no sentido da adaptação da pessoa na criação ou identificação de estratégias, recursos, capazes de ajudar a vivenciar o processo da transição, logo recuperar o seu estado de saúde. Para isso, o enfermeiro necessita identificar o tipo de transições que a pessoa/família estão a vivenciar, de forma a elaborar um plano de cuidados adequado às necessidades reais (Meleis *et al.*, 2000). Elas podem ser do tipo saúde/doença, pois trata-se de uma mudança súbita, de um estado de saúde para um estado de doença com alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, que afeta a qualidade de vida; situacional, que inclui uma mudança inesperada com necessidade de redefinição de papéis entre a pessoa e a família/pessoa significativa; de desenvolvimento, que correspondem a processos que decorrem ao longo do ciclo vida, como o nascimento, a adolescência, o envelhecimento e a morte; organizacionais, que se caracterizam por serem desencadeadas pelas mudanças num ambiente social, político ou económico, ou por mudanças intra organizacionais em estruturas dinâmicas. São múltiplas pois verificam-se tanto na pessoa como na família/pessoa significativa, dado que a pessoa não existe isolada do seu contexto e simultâneas considerando que ocorrem ao mesmo tempo e se correlacionam (Meleis *et al.*, 2000). Assim, este referencial teórico oferece uma visão da pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e da sua família ou pessoa significativa, como sujeitos a transições múltiplas, pois afeta ambas as partes, na medida em que a pessoa está inserida na organização que é a família e em simultâneo, pois afeta-os ao mesmo tempo. A pessoa em situação NC, encontra-se num estado de mudança muitas vezes súbito, de saúde para um estado de doença, pode evoluir para a recuperação total ou parcial, com a necessária adaptação ou para uma eventual situação, a mais relevante para este trabalho, que dada a gravidade e instabilidade, poderá conduzir à doação, em caso de MC se as alterações fisiopatológicas forem irreversíveis.

Nas situações em que a reversão da patologia se verifica, o enfermeiro terá como função ajudar aquela pessoa na consciencialização da situação, de forma a proceder à transição e a reequilibrar-se, independentemente de haver ou não sequelas. No caso, em que a pessoa vem a constituir um potencial dador, a ajuda do enfermeiro na transição e na reorganização com vista à recuperação do bem-estar, faz-se de uma forma indireta, à pessoa em lista de espera por um transplante, a fim de poder melhorar a qualidade de vida, através dos cuidados que são prestados ao dador.

Por outro lado, a família, vê-se obrigada a toda uma reestruturação dos seus papéis no seio familiar de forma a reequilibrar-se. Enquanto estrutura dinâmica que é, a organização família vai-se adaptando à medida que vão sendo dadas as informações relativas ao prognóstico, à confirmação ou não do diagnóstico de MC e da potencialidade da doação. Não estamos perante uma situação de negociação de papéis entre pessoa e família ou pessoa significativa. A família fá-lo isoladamente com o apoio do enfermeiro que deve saber identificar as necessidades desta e ajudá-la no processo de adaptação, mobilizando recursos e identificando estratégias.

Assim, a par do conhecimento surge o ajustamento que segundo Meleis *et al.* (2000), é a propriedade que demonstra o grau de envolvimento das pessoas no processo inerente à transição. A autora considera que o nível de ajustamento depende do nível de consciência da pessoa, o conhecimento da sua transição. Os enfermeiros preparam a pessoa para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências de saúde/doença. É então fundamental, que os enfermeiros sejam elementos facilitadores ao longo de todo o processo, e portanto que tenham em consideração todas as dimensões intrínsecas e extrínsecas do indivíduo. Meleis *et al.* (2000) enfatiza que para compreender inteiramente o processo de transição é necessário identificar os significados das mudanças que o mesmo contempla. Ou seja, se a família ou pessoa significativa tiverem consciência da situação e do significado efetivo do que é a MC, tal traduzir-se-á numa situação facilitadora para a aceitação e no processo de transição. Para a transição importa que as pessoas estejam conscientes das alterações que estão a decorrer, isto significa que a consciencialização é uma premissa necessária para a experiência da transição. Parte-se do princípio que quanto maior é a consciencialização, maior é o envolvimento e o investimento do indivíduo na transição (Meleis, 2011). Deste modo, o significado atribuído pela família ou pessoa significativa à morte, pode influenciar positiva ou negativamente o processo de transição, pelo que o enfermeiro deve considerar o tipo de informação a que as pessoas querem aceder, quais os fatores que possuem maior importância, os conhecimentos e as suas experiências anteriores. A informação deve ser concebida de acordo com as carências apresentadas ou manifestadas, pelo que os enfermeiros devem ter em consideração as reais capacidades da família ou pessoa significativa de modo a proporcionar um ambiente o mais favorável possível. Meleis *et al.* (2000), consideram que a preparação anterior facilita o processo de transição, além de que

o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão de transição também são facilitadores. O enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação, sendo encarado como um recurso comunitário para facilitar o processo de transição. Por isso, preconiza-se que na situação específica em estudo, a abordagem destes deva ser feita o mais precocemente possível no sentido de identificar necessidades, expectativas e experiências anteriores, medos, percepções erradas e recursos a fim de desenhar as melhores estratégias para a adaptação à transição.

Os modelos de resposta são considerados de dois tipos, nomeadamente indicadores de processo e indicadores de resultado, sendo possível através deles avaliar o conhecimento acerca da transição, os recursos próprios e a forma como é encarado o momento em que é comunicada a necessidade da realização de Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) para confirmar ou não o diagnóstico de MC, a hipótese da doação e a doação efetiva.

O apoio emocional e a compreensão, mas também a explicação dos procedimentos, das várias etapas, dos aspetos legais são fundamentais para a consciencialização, aceitação e para uma transição saudável, dando lugar ao reequilíbrio.

Perante o exposto, conclui-se que a intervenção do enfermeiro deve permitir um processo facilitador da transição promovendo o reequilíbrio, sendo que os cuidados de enfermagem deverão estar direcionados para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, quando se verificam alterações coincidentes com um processo de transição, como a potencial doação de órgãos/tecidos. A enfermagem, ao realizar o cuidado baseado no modelo de transição contribui para ajudar a pessoa com patologia NC (em recuperação ou em lista de espera por transplante), a família e a pessoa significativa, não enfocando apenas a cura ou a morte, mas na adaptação a uma realidade potencial que é a da doação. O importante é fornecer suporte para a transição. O objetivo da intervenção em enfermagem é cuidar da família e da pessoa significativa, criando condições condutivas a uma transição saudável em busca de maior equilíbrio e estabilidade. O cuidado transacional não é algo definível, palpável, visível, não é algo que se possa reduzir a uma simples definição mas surge da consciencialização do enfermeiro ao clarificar a compreensão da pessoa enquanto vivência o processo transacional (Meleis, 2011).

1.3. Doação/Transplantação

Como refere Matos (2015, p. 10), *sem doação não há transplantação*, pelo que os *elos da cadeia de sobrevivência* são fundamentais para a obtenção do resultado final desejado: *vida com qualidade de vida....*e tudo tem início no cidadão, pessoa responsável que decide com informação, fazer a opção de se inscrever ou não no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). A este elo seguem-se a identificação de potenciais dadores, o diagnóstico de MC, a manutenção do dador, a colheita de órgãos, a identificação dos recetores, o transplante, os cuidados pós transplante, a imunossupressão, etc., tudo isto num contexto multidisciplinar e multiprofissional vasto, onde o enfermeiro tem um papel fundamental.

De forma a fazer face à escassez de órgãos, é fundamental que as equipas de saúde estejam despertas para a deteção de potenciais dadores e para a sua manutenção, promovendo a viabilidade de órgãos e tecidos. É imprescindível não só a capacidade técnica para a colheita e transplantação dos órgãos, como ser conhecedor de todo o processo relativo aos mesmos, de forma a garantir que todas as etapas são cumpridas, bem como a qualidade dos órgãos a transplantar.

O processo da doação tem início no momento em que se identifica um potencial dador, uma vez diagnosticada a MC.

1.3.1. Contextualização Histórica Da Transplantação

Foi no Século XX que a área da doação e transplantação de órgãos teve o seu grande impacto. No entanto são várias as mitologias que nos remetem para a “mistura” entre partes humanas e animais num só corpo. Segundo Periz & Sanmartín (2004) foi no Século XII que se realizou a primeira transplantação, quando os Santos, Cosme e Damião, transplantaram a perna de um etíope, que tinha morrido recentemente, num Sacristão, que sofria de uma neoplasia na perna. Foi em 1954, que surge aquele que foi o primeiro êxito da transplantação, em que um gêmeo doou em vida um rim ao seu irmão, realizado por Murray, Merrill e Harrison, no Hospital de Peter Bent Brigham em Boston e que valeu a Murray o Prémio Nobel.

Em Portugal, a transplantação está associada a Alexandre José Linhares Furtado. Em Junho de 1969, realizou o primeiro transplante renal em Portugal com um dador vivo.

A 29 de Junho de 1980, Linhares Furtado, realiza a primeira colheita de rins em cadáver, seguida da sua transplantação com pleno êxito².

Assim, a 22 de Abril surge a Lei n.º 12/93, que regula a colheita e transplante de órgãos de origem humana em Portugal. O conceito de MC foi objeto da Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994, prevista no Artigo 12º da mesma, onde consta que a certificação de MC requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade. A 26 de Dezembro de 1994, o RENNDA vê a sua atividade regulamentada com o Decreto-Lei n.º 244/94. Com a Lei n.º 22/2007, de 29 de Junho, procedeu-se à alteração da primeira, consagrando a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis independentemente de haver ou não, consanguinidade entre o dador e o recetor.

Com o Despacho n.º 26951/2007, de 26 de Novembro, surge a Entidade de Verificação da Admissibilidade da colheita para Transplante (EVA) nos hospitais onde se realiza colheita em dadores vivos, à qual compete emitir parecer vinculativo sobre a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis para transplante, garantindo que o mesmo é consentido de forma livre, esclarecida, informada e inequívoca e com respeito pelos princípios da gravidade, altruísmo e solidariedade.

Em resultado da experiência, da necessidade de adaptação à atividade de colheita e transplantação, acompanhada das normas comunitárias, o Despacho n.º 257/96 é atualizado e designa os Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação, com o objetivo de dotar estas entidades das condições necessárias à eficaz organização da atividade que desenvolvem e à melhoria da resposta às necessidades das pessoas em lista de espera para transplante. A Portaria n.º 357/2008 de 9 de Maio vem regulamentar a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação constituída pelos Coordenadores Hospitalares de Doação e pelos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação.

A escassez de órgãos para transplante conduziu, à implementação de estratégias para aumentar a quantidade de dadores utilizáveis (aqueles em que o órgão/tecido colhido foi transplantado no recetor), como por exemplo, o recurso a dadores vivos, a rentabilização de órgãos de dadores com polineuropatias amiloidótica familiar, a partição de enxertos e a expansão de critérios para aceitação de órgãos (Silva, 2010). Por outro lado

² <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pns2011-cv-linhares-furtado-pdf.aspx>

a introdução da ciclosporina, um imunossupressor que permitiu um controlo mais efetivo da rejeição do órgão transplantado pelo recetor, os avanços nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos e as soluções de preservação contribuíram para melhorar os resultados dos transplantes. Mais recentemente, a Portaria nº 802/2010, de 23 de Agosto cria o Programa Nacional de Doação Renal Cruzada para inscrição de pares dador-recetor de rim. A 23 de Janeiro de 2015, é publicada a Portaria nº16/2015 que regulamenta todo o processo de colheita de órgãos em Paragem Cardio Respiratória (PCR) em Portugal, tendo a primeira colheita deste género sido feita a 1 de Janeiro de 2016, realizou-se no Hospital de S. João no Porto³.

1.3.2. O Transplante de Órgãos/Tecidos

Ao longo da história sempre houve por parte do homem preocupação com a Saúde e com a procura de tratamentos eficazes para a obtenção da cura de doenças, principalmente as que atingem órgãos vitais, pelo que o processo de morte e de morrer se tem vindo a modificar ao longo dos anos, institucionalizando-se, medicalizando-se e muitas vezes sendo adiado pelo uso de tecnologia sofisticada. Assim, com o avanço da biomedicina ficou mais fácil o tratamento destas, nomeadamente através do transplante de órgãos e tecidos. O termo transplante, utilizado pela primeira vez por John Hunter no ano de 1778, visa a recolha ou remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo, de um ser vivo ou morto, com finalidade terapêutica (Freire *et al.*, 2014). Trata-se de um processo que tem início com a doação de um órgão e constitui uma alternativa terapêutica segura e eficaz para o tratamento de diversas doenças que causam insuficiências ou falências de alguns órgãos ou tecidos, determinando melhoria na qualidade e na perspetiva de vida das pessoas afetadas por essas doenças (Lima, Batista & Barbosa, 2013; Soffker *et al.*, 2014). Atualmente, em Portugal são efetuados transplantes de rim, pâncreas, coração, pulmão, fígado, pele, válvulas, vasos, peças osteoarticulares, membrana amniótica, córneas, medula óssea e células reprodutoras.

Com o desenvolvimento tecnológico, o transplante de órgãos deixou de ser um método experimental (como acontecia nas décadas de 50, 60, 70) para se tornar num processo terapêutico de sucesso que salva milhares de vidas todos os anos, em todo o

³ <http://www.tvi24.iol.pt/videos/sociedade/nova-tecnica-de-transplantes-e-esperanca-para-muitos-doentes/56a1516c0cf2b745b01f07ee>

mundo, o que contribui para uma procura cada vez maior. Em Portugal, existiam 2270 pessoas em lista de espera para transplante em Janeiro de 2015, segundo Matos (2015).

Segundo a Newsletter Transplant de 2015, que analisa a atividade da transplantação em todo o mundo, em 2014, foram colocados em lista de espera por um rim pela primeira vez, em Portugal, 609 pessoas, comparativamente com as 320 pessoas em 2013. Para Ana França, Coordenadora Nacional da Transplantação do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) tal deve-se ao aumento de pessoas com Insuficiência Renal, potenciado pelo envelhecimento, logo com mais necessidades, mas também uma vez que se tem preconizado uma inclusão precoce destas pessoas em lista de espera. *“Pretende-se transplantar o mais cedo possível e evitar que se percam oportunidades. Além disso sabe-se que existem mais vantagens em transplantar antes de se iniciar a diálise”*⁴.

No fim de 2015 havia 2032 pessoa em lista de espera para transplante renal, número superior, quando comparado com os 1970 em 2014.

Entre as pessoas que esperam por um órgão, muitas morrem antes de o conseguirem obter. Em 2014, morreram 81 pessoas em lista de espera por um transplante em Portugal (43 de rim). Em 2015 morreram, 62 pessoas em lista de espera por um rim. Apesar de tudo, o tempo de espera diminuiu⁴. Da mesma forma, Pierre Noir, Vice-Presidente da Federação Francesa das Associações para a Doação de Órgãos e Tecidos Humanos, referiu que *“Em Janeiro de 2014, 11600 pessoas esperavam por um órgão em França e pelo menos 500 pessoas morrem anualmente enquanto aguardam por um dador”* (Mendes, 2014, p. 1). Assim, a escassez de órgãos é o maior desafio que a transplantação hoje enfrenta.

Por outro lado, para Freire *et al.* (2014), quanto maior for o receio em morrer mais resistência há da sociedade em relação à doação de órgãos, visto que este procedimento pode trazer uma imagem negativa relacionada com a colheita de órgãos estando muito associado a uma possível mutilação do dador.

No entanto, como refere D’Império (2007) e Soffker *et al.* (2014), o transplante é, atualmente, vítima do seu próprio sucesso, dado que à medida que as listas de espera se alongam, em contraste com a disponibilidade de órgãos, cresce o número de mortes nessas filas de espera. Mas tal situação, *“leva a um esforço para aprimorar as técnicas existentes*

⁴ <http://www.eodd2015.pt/pt/doentes-novos-em-lista-de-espera-por-um-rim-duplicaram/>

de captação e preservação, assim como desenvolver novas medidas para o seu aproveitamento de forma a reduzir a mortalidade nas filas de espera, para além de permitir uma melhor compreensão da morte encefálica, os seus processos fisiopatológicos, a sua identificação e as estratégias envolvidas no equilíbrio clínico do dador” (D’Império, 2007, p. 74).

Desta forma, o processo de doação é definido como “*o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial dador em dador efetivo*” (Aguiar *et al.*, 2010, p. 2). Este processo inclui a identificação e avaliação do potencial dador, a obtenção de consentimento para a doação (nos países que o obriga), a manutenção do dador e a recuperação de células, tecidos ou órgãos (OMS, 2009). Por outro lado, o enfermeiro no processo de doação de órgãos num dador em MC, desempenha um papel importante, como referem Casal e Batista (2014) conforme descrito na Nursing Interventions Classification e por várias associações internacionais como a Emergency Nurses Association, a American Association of Critical-Care Nurses e o Royal College of Nursing, enumerando a importância das intervenções de enfermagem junto do dador e da sua família. O papel e a responsabilidade deste são variadas, no entanto, no seu estudo, apesar de ainda existirem dificuldades na identificação de potenciais dadores, quando o fazem seguem o protocolo da doação. Os enfermeiros referiram ainda necessidade de maior treino e formação para o desenvolvimento de competências profissionais no processo de doação de órgãos.

Por **potencial dador morto**, entende-se *a pessoa morta sem qualquer indicação médica, com o diagnóstico de morte cerebral ou morte cardíaca iniciada ou completa* (OMS, 2009, p. 12).

Como refere Smith (2015) e Westphal *et al* (2011) o enfermeiro através do seu papel pode identificar possíveis dadores, notificar e colaborar com os médicos na determinação da morte, suportado pela sua formação técnica, legal e ética. Da mesma forma como refere Schub (2014) o enfermeiro é um dos principais responsáveis pela identificação de potenciais dadores, controlo hemodinâmico, manutenção e apoio à família.

Se por um lado, as técnicas de transplante possibilitam uma significativa melhoria na qualidade de vida da pessoa, por outro lado pode levar ao surgimento de uma série de outros problemas, de ordem médica, jurídica e ética que passam a constituir obstáculos na

realização desse procedimento, tanto em relação a transplantes entre vivos ou após a morte (Alves, 2013).

O presente processo, rege-se pela Lei Portuguesa 12/93 de 22 de Abril, alterada pela lei 22/2007 de 29 de Junho, que diz respeito aos atos que tenham por objetivo a dádiva ou colheita de tecidos ou órgãos de origem humana, para fins de diagnóstico ou para fins terapêuticos e de transplantação bem como às próprias intervenções de transplantação.

Este processo geralmente desenvolve-se numa UCI ou no SU, e exige que a equipa multidisciplinar seja qualificada e preparada para lidar com essa situação. Sendo o Enfermeiro um elemento fundamental nesta equipa há que ter em consideração tanto a dimensão técnico-científica, quanto a humana, inerente aos cuidados de enfermagem (Pestana *et al.*, 2013).

Como refere Barradas (2010, p. 2) a deteção precoce de um potencial dador de órgãos é de extrema importância, sendo que a pessoa que morre no SU *“poderia ser considerado um potencial dador de órgãos, cabendo às equipas do serviço, detetar e referenciar estes pacientes ao Coordenador Hospitalar de Doação e também ter em atenção todos os cuidados de forma a manter as funções vitais do dador”*. Assim importa considerar e avaliar todos os potenciais dadores. O desafio para os profissionais da transplantação não é a definição de dador ideal, mas de dador adequado com órgãos em condições para serem transplantados, com função adequada e uma possibilidade razoável de realizar essa função após o transplante. A deteção de potencial dador de órgãos é o ponto de partida para o transplante. É a atividade mais difícil de adaptar a protocolos. A deteção proativa poderá ser possível com a implementação de programas de formação nas unidades de doentes críticos, sensibilizando os profissionais. Por outro lado, a intervenção do estado na promoção de programas de informação e sensibilização na sociedade civil é primordial (Anexo 1). Estas ações deveriam começar cedo, na escola, na construção de uma nação altruísta, solidária e de interesse em ajudar o próximo.

Da mesma forma, Fernandes & Gomes (2013) considerou que a deteção é classicamente feita em UCIs mas os SU são cada vez mais considerados uma fonte de potenciais dadores. Do estudo realizado por Aguiar *et al.* (2010) entre 2004 e 2008 constatou-se que o local mais frequente onde se encontravam os potenciais dadores de órgãos era na UCI (35,3%), seguida do SU (18,4%), o que vem corroborar a pertinência deste projeto e a necessidade da capacitação dos enfermeiros que prestam cuidados nas SE.

No entanto, Freire *et al.* (2014), ressaltam que os cuidados ao potencial dador devem ser realizados em UCI, com infraestruturas apropriadas, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Enfatiza também que esses cuidados são desgastantes, dado tratar-se de pessoas em situação grave que requerem atenção permanente devido às possíveis alterações fisiológicas, que quando não controladas de forma efetiva, podem inviabilizar a doação de um ou mais órgãos para transplante, pelo que o enfermeiro tem um papel fundamental na abordagem do potencial dador de órgãos/tecidos que necessita de cuidados específicos e intensivos.

Como refere Simões (2014, p. 19), “*cabe ao Coordenador Hospitalar de Doação num hospital central manter os níveis de doação elevados, por intermédio da implementação de uma cultura de doação entre os profissionais de saúde, principalmente nos serviços onde existe mais potencial, como os de Urgência/Emergência, Neurologia e Neurocirurgia*”.

Segundo os dados gentilmente cedidos pelo Grupo de Trabalho de Emergência da UGP do Centro Hospitalar Lisboa Central EPE (CHLC, EPE), não publicados, em 2013, das 158 816 pessoas entrados na UGP, 4151 deram entrada nas SE, tendo sido 286 consideradas NC, com uma média de idade de 66,9 anos. Não existem no entanto dados de quantos constituíram potenciais dadores e dadores efetivos de órgãos e tecidos.

Em 2014 realizaram-se em Portugal 747 transplantes de órgãos. O número de dadores foi de 348 (289 falecidos e 59 vivos). Em 2014 foram colhidos 831 órgãos, houve uma diminuição de fígados e corações transplantados e um aumento de transplantes de rins e pulmões. Em 2014 realizaram-se 451 transplantes renais, 209 transplantes hepáticos, 43 cardíacos, 19 pulmonares e 25 pancreáticos⁵.

Em 2015 realizaram-se em Portugal 830 transplantes, uma subida de 11,1%, relativamente a 2014, graças ao aumento de 9% do número de dadores. 381 dadores em 2015 (318 falecidos e 63 vivos), que corresponde a 36,7 dadores por milhão de habitantes. Em 2015 foram colhidos 894 órgãos. Considerando a alteração do perfil do dador a que vimos assistindo nos últimos anos, com o aumento da idade média dos dadores falecidos (51,4 em 2014 para 54,2 em 2015) e do número de dadores falecidos de causa médica, o aumento do número de órgãos colhidos não é proporcional ao aumento do número de

⁵ <http://www.irodat.org/>

dadores falecidos. O número de órgãos colhidos por pessoa dadora diminuiu em 2015 (2,8) comparativamente com 2014 (2,9). Foram realizados 476 transplantes renais, 252 hepáticos, 51 cardíacos, 36 pancreáticos e 15 pulmonares. Houve um aumento do transplante de todos os órgãos à exceção do pulmão que diminuiu⁶.

No entanto, conforme refere Mendes (2014), e apesar do Sistema Francês estar entre os mais eficientes da Europa, estando todos os hospitais conectados entre si, para que os órgãos uma vez considerados aptos após a constatação de MC, sejam imediatamente encaminhados para transplante, tal não significa que a lista de espera para transplante não seja grande. França segue uma tendência mundial, onde os transplantes de rins são os mais frequentes: das mais de 5000 cirurgias feitas nos hospitais franceses em 2014, cerca de 3000 são renais, seguidas de 1500 de fígado, 400 de coração e 300 de pulmão. Outra referência na Europa é Espanha, principalmente pelo número de doações efetivas que chega a 40 para cada milhão de habitantes, um dos maiores índices do mundo (Mendes, 2014). Como refere Domingos Machado, *“Espanha pode ser considerado como líder mundial nesta área, sobretudo na transplantação de dador cadáver. O sistema espanhol de captação de órgãos tem sido copiado com sucesso em vários países. Em Portugal, temos uma organização de identificação de dadores e de colheita de órgãos muito semelhante à espanhola, embora com menos eficácia e com oscilação de recursos”* (Garcia, 2014, p. 8). Por outro lado, *“esta eficácia de colheita conduz a responsabilidades acrescidas na forma como os órgãos são atribuídos aos candidatos, pelo que a justiça não deverá descurar aspetos com impacto nos resultados clínicos que se seguem à transplantação. Os resultados decorrentes do crescente número de dadores de menor qualidade devem ser cuidadosamente analisados para daí se retirarem as ilações necessárias para eventuais regulamentações futuras”* (Macário, 2010, p. 4).

Em 2015, em Espanha, houve uma subida de 35,7 para 39,7 de dadores por milhão de habitantes. Uma média de 13 transplantes por dia, aproximadamente, um a cada 2 horas. Realizaram-se 4769 transplantes, graças a 1851 dadores, sendo o transplante renal (2905) o mais realizado, seguido do hepático (1162), do cardíaco (299), do pulmonar (294), do pancreático (97) e do intestino (12)⁷.

⁶ <http://ipst.pt/index.php/ipst-ip/ipst-destaques/297-doacao-e-transplantacao-de-orgaos-dados-da-atividade-de-2015>

⁷ http://m.magnet.xataka.com/en-diez-minutos/que-es-lo-que-ha-hecho-a-espana-lider-mundial-en-donacion-de-organos?utm_content=bufferbc957&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer

Paralelamente, é curiosa a inversão que se tem verificado quanto à causa de morte dos dadores (TPM, 2007). Se por um lado, para Sesma & Ollo (2001) e Aguiar *et al.* (2010), os dados evidenciavam que os dadores, na sua maioria eram vítimas de Traumatismo Craneo Encefálico (TCE) (52%), seguido de Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico (29%) à semelhança dos dados nacionais da época. Por outro lado, Hélder Trindade, presidente do IPST, em entrevista a Lopes (2015, p. 12) refere que *“importa perceber que estamos perante uma população com morte, por causa médica e não traumática, como antigamente”*. Em 2014, 78% das causas de morte foram médicas, o que significa que são dadores mais idosos, com patologias associadas, o que pode condicionar os órgãos, sobretudo os rins.

Como refere Matos (2015, p. 10), *“os doentes com deterioração clínica e neurológica têm de ser adequadamente monitorizados e tratados, sabendo nós que infelizmente em muitos casos a sua evolução clínica não vai ser a melhor, podendo parte deles vir a ser dadores. O perfil do dador tipo mudou significativamente nas últimas décadas. Já não é o jovem politraumatizado, vítima de acidente de viação, mas sim um doente mais idoso, frequentemente com patologia cerebrovascular, um doente neurocrítico. Hoje estes doentes não morrem à admissão hospitalar ou nas primeiras 48 horas. A terapêutica médica é mais agressiva e atempada”*. Apesar do número de rins colhidos em dadores cadáveres para transplante ser uma crescente, 30% não são aproveitados, por não estarem em condições, em consequência da população estar cada vez mais doente e envelhecida, o que em rigor também explica a necessidade da realização de biopsia⁴.

Da mesma forma, *“os dados indicam que 80% dos dadores morrem por causa médica, sendo a principal o AVC”*⁸ tal como refere também Sousa e Silva (2014). *“Atualmente aceita-se que a idade não deva ser um fator limitante no que respeita à doação de órgãos, tendo por base vários estudos realizados que demonstram que dadores com mais de 70 anos podem ser usados”* (TPM, 2007).

Assim, a alteração do panorama pode ter estado relacionado com a implementação de um conjunto de atitudes que realizadas precocemente, podem contribuir para a redução das complicações e da mortalidade. Ou seja, em 2010, pelo facto do trauma ter sido considerado uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo,

⁸ <http://www.eodd2015.pt/pt/numero-de-dadores-de-orgaos-regista-maior-recorde-de-sempre/>

incluído Portugal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu *guidelines*, para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade na abordagem e tratamento do doente traumatizado, dado ter-se provado que uma intervenção precoce e adequada poderia melhorar significativamente o prognóstico do doente traumatizado (Circular Normativa nº 7/DQS/DQCO, 31/3/2010).

No entanto, para Fernandes & Gomes (2013), os potenciais dadores jovens são cada vez mais facilmente referenciados pelas equipas de urgência, pois os mais velhos, são colocados em medidas de conforto e não encarados como possíveis dadores.

Por outro lado, a escassez de órgãos para transplante levou à utilização de enxertos sub-ótimos, anteriormente chamados de marginais, atualmente de expandidos, nos quais existe alguma suscetibilidade relativamente à lesão por isquemia e à perfusão. No entanto existem incertezas quanto à qualidade desses órgãos e à expectativa de vida dos recetores desses órgãos. Apesar da importância dessa alternativa, existem alguns estudos controversos quanto à sua utilização. Contrariando esta perspetiva, Antunes (2014, p. 22), no sentido de colmatar a escassez de corações e reduzir a lista de espera, considera fundamental, *“para além de sensibilizar os profissionais e o público em geral devia alargar-se os critérios de seleção dos dadores, passando a utilizar órgãos que, classicamente, não seriam considerados apropriados. Estender a idade dos dadores é uma hipótese, mas também utilizar órgãos com pequenas alterações estruturais passíveis de ser corrigidas durante a cirurgia ou pessoas em PCR”*. Da sua experiência, a utilização de corações mais velhos não tem impacto significativo na sobrevivência dos doentes, mesmo nos mais jovens, da mesma forma que pequenas malformações valvulares corrigidas no mesmo ato operatório e dadores com doença coronária, demonstraram resultados equivalentes aos dos considerados *corações ideais*. Da mesma forma, já nos estudos de Scuderi *et al.* (2006) e de Silva (2008), não se constataavam diferença entre os grupos com órgãos marginais e os restantes.

1.3.3. Tipos de Dadores de Órgãos/Tecidos

A doação de órgãos/tecidos permite que várias pessoas em lista de espera para transplante tenham a perspetiva de sobrevivência. Existem diferentes tipos de dadores: vivo e morto. Este último, em MC ou com coração parado. Assim, parece fundamental a Lei nº 36/2013 de 12 Junho que regula a garantia da qualidade e segurança dos órgãos de

origem humana destinados a transplantação no corpo humano, de forma a assegurar um elevado nível de proteção da saúde humana (Aguiar *et al.*, 2010). Importa no entanto que sejam descartadas todas as contra indicações que representam riscos aos recetores dos órgãos, à semelhança do artigo 3º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. “*Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade*”⁹.

O **dador vivo** é qualquer pessoa que goza de perfeita saúde e que concorda com a doação. Segundo a lei 12/93, a dádiva em vida (art.º 6), “*é admissível para fins terapêuticos ou de transplante. Só pode ser realizado para fins terapêuticos do recetor e desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado colhido de dador post mortem e não exista outro método terapêutico alternativo de eficácia comparável.*” No caso da dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis a sua admissibilidade está dependente de um parecer da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA), no entanto são proibidas a menores ou incapazes. Não é permitido quando com elevado grau de probabilidade envolve a diminuição grave ou permanente da integridade física e a saúde do dador. Assim, “*o dador deverá ser um indivíduo saudável, mentalmente capaz de afirmar a sua vontade de doação, sem pressões de ordem emocional ou socio económica*”¹⁰, conforme a Sociedade Portuguesa de Transplantação

Antes de ser aceite como dador, a pessoa é sujeita a minuciosos exames físicos, laboratoriais, radiológicos e outros, de forma a detetar quaisquer fatores que possam tornar ainda mais arriscada a doação. Atualmente, em Portugal, é feita doação em vida de rins, medula óssea, fígado e tecido pulmonar. Apesar do nosso país ocupar um lugar cimeiro na doação em cadáver, o mesmo não se verifica nas doações em vida. Embora não isenta de riscos, a verdade é que para além de permitir diminuir a lista de espera para receber um órgão, todo o processo doação/transplante é feito com mais ponderação e com mais segurança, visto serem realizados previamente todos os estudos e provas necessárias para o efeito (Pestana *et al.*, 2013).

O transplante com dadores vivos causa sempre algum desconforto para a equipa multidisciplinar, principalmente por submeter uma pessoa saudável a um procedimento de risco. No entanto a extensa lista de espera e em função da reduzida oferta de órgãos de dadores cadáveres face às exigências, tem vindo a verificar-se nos últimos anos com

⁹ <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.

¹⁰ <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-21.php>

alguma flexibilidade nos critérios para aceitação do dador vivo, sendo crescente a utilização de dadores jovens, bem como de pares não relacionados e sem laços familiares (Pestana *et al.*, 2013). Apesar deste tipo de transplante em alguns países ocidentais já atingir os 50%, em Portugal continua abaixo dos 10% em 2014, como refere Melo (2014, p. 10) citando Arnaldo Figueiredo, médico da equipa do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC). Também refere que acredita que *“a nefrectomia em cadáver continuará a ter primazia, apesar do aumento significativo da idade dos dadores. O caminho deverá passar pela colheita em dador com coração parado. Apesar da taxa de disfunção primária do enxerto ser mais elevada, há diversos estudos que mostram que a recuperação e a função tardia são por vezes melhores”*.

A dádiva em vida de rim, constitui uma alternativa cada vez mais utilizada dada a qualidade dos resultados obtidos com transplante de dador vivo e dada a necessidade de um maior número de órgãos. Desta forma surgiu em 2010 o **Programa Nacional de Doação Renal Cruzada (PNDR)** em Portugal, que procura pares de pessoas na mesma situação e avança para a troca quando compatíveis para trocar entre si. Esta parece ser uma opção viável uma vez que a maioria dos dadores cadáveres atuais têm idade muito avançada e com patologias do foro médico, como o AVC, o que pode comprometer a qualidade dos órgãos, quando comparados com os de dadores mais jovens e por causas traumáticas. Trata-se de uma solução para quando há um dador disponível para dar um rim mas não é compatível com a pessoa que quer ajudar. *“Em transplantação renal as incompatibilidades de grupo sanguíneo ou de sistema HLA são as principais limitações à dádiva em vida verificadas em alguns pares dador-recetor. A doação renal cruzada constitui uma alternativa que permite ultrapassar esta limitação, oferecendo aos doentes com insuficiência renal crónica a possibilidade de transplante mediante troca de rins entre dois ou mais pares dador-recetor, de maneira a que cada um dos recetores receba um rim adequado e os dadores realizem o seu desejo de doação. Pretende-se, deste modo, melhorar a resposta às necessidades dos doentes candidatos a transplante renal”*¹¹.

Assim, ao abrigo do nº 1 da Portaria 802/2010 de 23 de Agosto *“Par dador – recetor é o candidato a receber um órgão e a pessoa ou pessoas que se propõe dar-lhe um órgão; Doação renal cruzada com dador vivo, processo de alocação que permite a*

¹¹ <http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/ser-dador-vivo-em-portugal>

transplantação de órgãos compatíveis através do intercâmbio de rins de dois ou mais pares dador – recetor”.

Neste contexto na segunda semana de Setembro de 2015 realizou-se o primeiro triplo transplante de rins cruzado, tendo já sido realizados dois duplos transplantes, deste género^{12, 13} Assim, a 21 de Agosto de 2015 é publicado em Diário da República o Decreto-lei nº 168/2015 que vem alterar o Decreto-lei nº 2/2015 de 8 de Janeiro, que “*estabelece o regime de proteção do dador vivo de órgãos, em caso de morte, de invalidez definitiva, independentemente do grau, ou internamento decorrente de complicações do processo de dádiva e colheita*”.

No caso do **dador morto**, este consiste num ser humano dador de órgãos e tecidos com o propósito do transplante, que é definido com base em critérios médicos. O dador morto pode estar em **MC**, cujo diagnóstico é baseado em critérios neurológicos ou em **coração parado**, cujo diagnóstico é baseado em critérios cardiopulmonares (OMS, 2009).

Anteriormente ao desenvolvimento da ventilação mecânica, a morte era definida através da perda da função circulatória, respiratória ou neurológica. Com o avanço do conhecimento, das técnicas de reanimação cardiorrespiratória e de suporte vital, a constatação da presença de atividade cerebral veio definir sobre a vida e a morte de um indivíduo, vinculando, assim, morte a critérios neurológicos específicos, definido como **MC** (Aguiar *et al.*, 2010).

“MC é a cessação irreversível do cérebro e da sua função: caracterizado pela ausência de atividade elétrica no cérebro e do fluxo de sangue. A função cerebral é determinada clinicamente baseada em respostas. Uma pessoa em morte cerebral está morta, no entanto a função cardiopulmonar está assegurada artificialmente durante algum tempo” (OMS, 2009, p. 8). Deste podem ser colhidos, os seguintes órgãos: rins, fígado, pulmão, coração, pâncreas e intestino.

Por outro lado, e segundo a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no Artigo 12º da Lei nº 12/ 93 de 22 de Abril, o dador em morte cerebral, é entendido como todo o indivíduo conectado ao ventilador com funções vitais mantidas artificialmente com perda total ou irreversível do tronco cerebral, a quem foram realizadas provas de verificação e certificação de morte cerebral. Assim, MC é o termo utilizado para descrever um estado de

¹² http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Saude/Interior.aspx?content_id=4786633

¹³ http://www.dn.pt/portugal/interior/portugal_faz_segundo_transplante_de_rins_entre_dois_casais_que_nao_se_conhecem_4741880.html

destruição irreversível da função encefálica. Apesar da atividade cardíaca presente, a cessação da função de todos os órgãos é iminente e inevitável. Nesses casos, a função cardiorrespiratória é mantida por meio de aparelhos e medicação.

Quando apesar das medidas terapêuticas a evolução é no sentido da MC, a avaliação deve ser o mais rápido possível por 2 motivos: continuar a cuidar e a investir numa pessoa em MC é ocupação desnecessária de meios e recursos que são caros e escassos e que se prolongam para além do desgaste emocional dos profissionais e a possibilidade de obterem órgãos em condições adequadas diminui. Os profissionais envolvidos devem ser lembrados de que já nada pode ser feito para salvar aquele indivíduo mas muito pode e deve ser feito para preservar a qualidade dos órgãos que podem ser transplantados e que a qualidade de vida dos recetores depende da adequada manutenção do Potencial Dador (PD).

Desta forma, *“a certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade”* (Anexo 2) e é necessário que se verifiquem as seguintes condições: conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica, estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos, ausência de respiração espontânea, estabilidade hemodinâmica, ausência de hipotermia, alterações endócrinas-metabólicas, agentes depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) e ou de agentes bloqueadores neuromusculares. Implica ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral: reflexos foto motores com pupilas de diâmetro fixo, reflexos oculo cefálicos, reflexos oculo vestibulares, reflexos córneo palpebrais e reflexo laríngeo e a realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea. Requer: a realização de no mínimo, dois conjuntos de Provas de Morte Cerebral (PMC) com intervalo adequado à situação clínica e à idade, realização de ECD, sempre que for considerado necessário e a execução da provas de MC por dois médicos especialistas em neurologia, neurocirurgia ou com experiência em Cuidados Intensivos (CI). Nenhum médico que executa as provas poderá pertencer à equipa envolvida no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado (Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994, prevista no Artigo 12º da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril; Smith, 2015; Erlacher *et al.*, 2014; TPM, 2007).

Os exames complementares visam a constatação da MC, mostrando ausência de atividade elétrica cerebral, ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral (Aguilar *et al.*, 2010). Está contraindicado o uso de sedação, que pode alterar a avaliação do exame neurológico, comprometendo o diagnóstico das pessoas em coma. É obrigatório descartar a presença do efeito de substâncias depressoras do SNC. O tempo necessário para a metabolização das diferentes drogas varia em função do tipo, quantidade e tempo de administração, idade, disfunção hepática ou renal entre outras. Como pré requisito à avaliação neurológica deve-se afastar a hipotermia, que pode ser causa do coma, pois a manutenção da temperatura corporal depende da ativação do hipotálamo anterior. Em situação de MC, com a perda desse centro termorregulador, produz-se hipotermia progressiva, comprometendo o fluxo sanguíneo cerebral. Dependendo da intensidade da hipotermia, pode ser observada a perda da autorregulação cerebral, a perda do reflexo foto motor e a abolição dos reflexos tendinosos. Assim, é necessário considerar a temperatura mínima para o início do exame neurológico. Temperaturas abaixo dos 35° C são inaceitáveis (Freire *et al.*, 2014; Erlacher *et al.*, 2014).

A adequada avaliação clínica laboratorial do potencial dador de órgãos e tecidos é fundamental para a obtenção de um enxerto de qualidade, assim como precisa ser evitada a transmissão de infecções. Atualmente são poucas as condições que inviabilizam a doação de órgãos, no entanto situações como, VIH, VLTH, VHB, VHC, sepsis ativas e não controladas, tuberculose ativa, neoplasia malignas, exceto: tumor primário do SNC, carcinoma baso celular, carcinoma “*in situ*” do útero, constituem contraindicações absolutas. A referir no entanto que para além destas, as contra indicações absolutas, no caso de colheita de tecidos, são ainda mais minuciosas, que no caso da colheita de órgãos, dado que não se trata de uma medida de *life saving*. Apesar disso obedece de igual forma à consulta do RENNDA (Freire *et al.*, 2014; Erlacher *et al.*, 2014). Não obstante, existem fatores específicos que estão associados a um menor sucesso do transplante (Gomes, Gonzalez & Batista, 2015) (Anexo 3).

Após o diagnóstico da MC deverá proceder-se à manutenção prolongada do corpo através de ventilação mecânica e outras medidas com a possibilidade de doação de órgãos (Guetti & Marques, 2008).

Portanto, do ponto de vista médico e ético, MC equivale à morte de um indivíduo, já que o cérebro é fundamental para a função integrativa do organismo (Lago *et al.*, 2007).

Assim, a identificação de potenciais dadores é o primeiro passo de todo o processo de doação e transplante e provavelmente aquele que produz maior impacto no número final de dadores de órgãos, pois a reduzida identificação leva a uma reduzida notificação e consequentemente a uma reduzida taxa de dadores. Importa no entanto fazer algumas distinções. Por possível dador de órgãos entende-se, toda a pessoa com lesão cerebral grave e com possível evolução para MC, em curto espaço de tempo. Já por potencial dador entende-se a pessoa com suspeita clínica de MC, sem qualquer contraindicação médica para a doação, em score 3, sem ventilação espontânea, prestes a iniciar PMC para o diagnóstico de MC ou já iniciado; por dador elegível em MC entende-se, pessoa com o diagnóstico de MC, baseado em critérios neurológicos, sem qualquer contra indicação conhecida; por dador efetivo entende-se, pessoa submetida a incisão cirúrgica com o objetivo da colheita ou a quem foi removido tecidos e pelo menos um órgão para transplante; por dador utilizado entende-se um dador efetivo a quem foi retirado um órgão ou tecidos e que foi transplantado pelo menos um, em algum recetor (Thomé & Moura, 2012). Apesar disso, só é considerado dador efetivo, o potencial dador a quem foi removido pelo menos um órgão sólido para transplante. Não é considerado dador efetivo aquele em que apenas são removidos tecidos (Aguilar *et al.*, 2010).

No que respeita à **colheita de órgãos em coração parado**, no dia 23 de Janeiro de 2015, foi publicada a Portaria nº16/2015 que regulamenta todo o processo. Na Europa, apenas alguns países têm legislação que permite este tipo de colheita. *“Em Espanha, os resultados, nos últimos 10 anos, indicam que a doação em PCR representa 10% da doação em dador cadáver. No entanto a grande origem dos dadores continuará sempre a ser os dadores em morte cerebral”*, como refere Hélder Trindade (Gomes, 2013, p. 1). Os critérios de inclusão e a categorização, em muito, diferem no que respeita à MC. Deste podem ser extraídos os seguintes órgãos: rins, fígado e pulmões.

Em Novembro de 2013 foi publicado em Diário da República o despacho que define os critérios médico-legais segundo os quais pode ser declarada a paragem cardiocirculatória irreversível, e que foram propostos e aprovados pela Ordem dos Médicos, conforme o Despacho nº 14341/2013 de 6 de Novembro e que define como condições para o diagnóstico de morte por PCR:

“a) Ausência inequívoca de batimentos cardíacos, traduzida por ausência de pulso central, de traçado eletrocardiográfico compatível com atividade ventricular eficaz, midríase arreflexiva;

b) Ausência de movimentos respiratórios espontâneos por período não inferior a 10 minutos;

c) Realização, durante um período não inferior a 30 minutos, de manobras de suporte avançado de vida (SAV), ajustadas à idade e às circunstâncias que determinaram a paragem cardiocirculatória;

d) Nos casos de hipotermia (temperatura corporal $<32^{\circ}$), as manobras de ressuscitação deverão ser prolongadas até à normalização térmica (36°) antes de se proceder ao diagnóstico de morte por paragem cardiocirculatória”.

O diagnóstico da morte por PCR é feito pelo médico que procedeu às manobras de SAV por período não inferior a 30 minutos e por um médico intensivista que na sequência do processo anterior verifica a ausência inequívoca de pulso central, de traçado eletrocardiográfico compatível com atividade ventricular eficaz, midríase arreflexiva e ausência de movimentos respiratórios espontâneos por período não inferior a 10 minutos. Com base nesta avaliação, confirma a morte e passa a certidão.

À semelhança da pessoa em MC também, nenhum médico que intervém no diagnóstico e certificação da morte pode pertencer à equipa envolvida na colheita ou transplante de órgãos/tecidos.

O Coordenador Hospitalar de Doação (CHD) e GCCT devem ser contactados de forma a procederem à validação do dador e consulta ao RENNDA.

Relativamente às categorias em que se inserem os dadores em PCR, identificaram-se:

Categoria I — Morte à chegada — falecido fora do hospital, vítima de morte súbita, de etiologia traumática ou não, que não são reanimadas.

Categoria II — Ressuscitação infrutífera — falecido fora ou dentro do hospital, sujeito a manobras de reanimação adequadas em tempo, mas sem êxito.

Categoria III — Portadores de doença com evolução irreversível: falecido após suspensão de suporte de funções vitais

Categoria IV — Paragem após o diagnóstico de morte cerebral, em que a assistolia se verificou antes da doação.

Categoria V — Paragem cardíaca súbita de doentes internados em UCI/serviço de medicina intensiva (IPST, 2014).

“Em Portugal, à semelhança de outros países do sul da Europa em que não existe uma tradição de limitação do esforço terapêutico aceite socialmente e em que a maioria das colheitas se faz por consentimento presumido, vai optar-se por colher órgãos de dadores em paragem cardiocirculatória para transplante só na Categoria II de Maastricht” (Despacho nº 14341/2013 de 6 de Novembro, p.32856).

Segundo a operacionalização do programa de colheitas de órgãos de dadores em PCR os critérios de inclusão são:

- PCR presenciada por equipa de emergência no local ou ausência de assistolia no momento da primeira avaliação ou choque recomendado se DAE utilizado;
- Tempo de PCR até ao início das manobras de reanimação inferiores a 15 minutos;
- Tempo de PCR até ao início de SAV inferior a 30 minutos se início prévio de Suporte Básico de Vida (SBV);
- Duração de SAV não inferior a 30 minutos, incluindo o tempo de deslocação para o hospital;
- Distância do local da ocorrência ao SU do centro de referência inferior a 30 minutos;
- Tempo decorrido desde o início de SAV até ao SU do centro de referência inferior a 90 minutos e tempo total desde a PCR até ao SU inferior a 120 minutos (IPST, 2014).

Como critério de exclusão temos:

- Idade inferior a 18 anos ou superior a 60;
- Presença de co morbilidades significativas como insuficiência crónica de órgãos conhecida ou suspeita;
- História conhecida de doenças potencialmente transmissíveis;
- História conhecida de Hipertensão (HTA) ou diabetes mellitus não controlada;

- Presença de amputação não traumática de membros;
- História ou evidência de consumo de substâncias de abuso por via endovenosa;
- Suspeita de morte violenta com implicações legais impeditivas;
- Evidência de traumatismo “major” torácico e/ou abdominal (IPST, 2014).

Em caso de dúvida sobre a existência de critérios de exclusão (um ou mais) o dador deverá ser incluído ficando a decisão final entregue à equipa multidisciplinar aquando da chegada ao hospital (IPST, 2014).

Um estudo de 2009, que engloba as pessoas assistidos pela Viatura de Emergência Médica e Reanimação do Hospital de São Francisco de Xavier (Lisboa), concluiu que um quarto dos doentes em PCR assistidos podiam ter sido dadores de coração parado (Gomes, 2013).

Como referiu Hélder Trindade (Lopes, 2015, p. 3), *“vão iniciar-se os processos de treino das equipas e candidaturas dos hospitais. Importa que as equipas se treinem e se preparem, porque a colheita de órgãos em dadores de coração parado requer muita coordenação”*. Para se candidatarem, os hospitais precisam de cumprir uma série de requisitos relativamente à pessoa em PCR, como medidas de reanimação avançada, incluindo oxigenação extracorporal em tempo útil após a chegada ao hospital, ou a mobilização rápida das equipas cirúrgicas multidisciplinares para a colheita de órgãos, para além de terem que assegurar a articulação entre a SE, os CI e o Bloco Operatório (BO), de modo a garantir que a colheita de órgãos se realiza num período inferior a 240 minutos. *“Atualmente a colheita de órgãos para transplante apenas é feita em doentes em MC, pelo que a possibilidade de transplantar a partir de pessoas em PCR irá aumentar o número de transplantes”*, como refere Hélder Trindade (Lopes, 2015, p. 3).

Como refere Palmeiro *et al.* (2014, p. 32), *“quanto mais sensibilizados os profissionais estiverem para a problemática da escassez de órgãos, maior será a aceitação da colheita em PCR como uma boa alternativa de colheita, de forma a fazer face às necessidades de transplantação”*.

Para Valentín Cuervas-Mons, Presidente da Sociedade Espanhola de Transplantes, citado por Garcia & Teixeira (2014, p. 18), para fazer face à escassez de órgãos, deve *“alargar-se os critérios de seleção de dadores em MC, promover a doação de enxertos provenientes de dadores que faleceram devido a assistolia e incentivar à doação em vida”*.

1.3.4. Consentimento Presumido/Consentimento Expresso na Colheita e Transplante de Órgãos/Tecidos

No que respeita à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, existem 2 tipos de consentimentos, o **presumido**, que permite o direito à oposição expressa em vida, um regime de *opting out*, em que todo o cidadão que opta por não se inscrever como não dador, é efetivamente potencial dador, e o **explícito**, que permite a colheita dos órgãos apenas perante a autorização oficial do dador, o que implica o registo de dadores. É aplicado na Europa, em países como o Reino Unido, a Irlanda e a Alemanha (Alves, 2013).

Portugal, à semelhança da Finlândia, da Suécia e da Austrália, adotou o regime de consentimento presumido. Segundo a Lei Portuguesa de 12/93 de 22 de Abril, no que se refere à colheita em cadáveres são considerados potenciais dadores (art.º10) post mortem, todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores. O art.º 11 refere-se ao RENNDA, importando também a certificação da MC (art.º 12). No caso de estrangeiros não residentes em Portugal, obedece-se à legislação do seu país.

De acordo com o Decreto-lei 244/94 de 26 de Setembro, antes de se proceder à colheita *post mortem* é importante a verificação através do GCCT e dos centros de histocompatibilidade, a existência de oposição ou de restrição à dádiva constante no RENNDA (art.º 15). Ou seja, perante uma pessoa em MC e após considerados os critérios de exclusão, comunica-se com a equipa do GCCT, dando início a todos os procedimentos necessários para o diagnóstico de MC (Sesma & Ollo, 2001).

Apesar da legislação do consentimento presumido, considerar que todo o indivíduo morto, é potencial dador, apresentando-se com um cariz um pouco autoritário, ela oferece a cada pessoa a oportunidade de não o ser, permitindo a manifestação dessa vontade em vida, o que se traduz num efeito positivo de mais 25% a 30% de dadores, comparativamente com os países em que vigora a legislação do consentimento explícito (Aguiar *et al.*, 2010).

O número de pessoas inscritas atualmente no RENNDA, representa menos de 1% da população portuguesa¹⁴

¹⁴ <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ColheitaTransplantacao2011.pdf>.

1.3.5. Cuidados de Enfermagem ao Potencial Dador de Órgãos/Tecidos

Apesar do cuidar da pessoa em MC, muitas vezes, ainda estar vinculado ao modelo biomédico, que o vê, como um ser morto, sem perspectiva de vida, com o desenvolvimento tecnológico na área dos transplantes de órgãos e tecidos, começou a perspectivar-se uma abordagem diferente, tendo em conta a possibilidade da doação de órgãos e tecidos, de forma a que outras pessoas possam recomeçar as suas vidas com mais qualidade. O enfermeiro vê-se perante um dilema, cuida de uma pessoa considerada clinicamente morta, porém com características de uma pessoa com vida e que irá representar uma fonte de órgãos e tecidos viáveis para que sejam utilizados por outras pessoas, sinónimo de esperança, para alguém que aguarda por um transplante. Importa assim, que o enfermeiro olhe para o dador de órgãos e tecidos como um meio, e não como um fim em si mesmo, capaz de proporcionar a transição não daquele de quem cuida, mas daquele que anseia por ser transplantado, através dos cuidados que presta e que podem fazer a diferença (Cavalcante *et al.*, 2014).

Assim, é importante cuidar do potencial dador de órgãos com o mesmo empenho e dedicação, que qualquer outra pessoa na UCI, dado que um potencial dador em boas condições poderá proporcionar através do transplante, melhor condição/qualidade de vida a mais de dez outras pessoas. Logo, não podemos descurar que ao estarmos a prestar cuidados ao corpo, com vista à manutenção dos órgãos, estamos a dar às pessoas que se encontram dependentes de outro tipo de cuidados para sobreviver, a possibilidade de retomar a sua vida normal, logo transitar de um estado de doença para uma situação de saúde. Importa considerar que a experiência de quem espera por um transplante é complexa, lida com sentimentos que importa valorizar, como a incerteza, o medo e a dualidade vida/morte. *“Na maioria das vezes esta é uma espera silenciosa, que pode tornar-se solitária com o passar do tempo”* (Melo *et al.*, 2012). Por outro lado, esta pessoa não deve ser vista como um objeto que não necessita de cuidados. Deve ser vista na sua totalidade e na condição que lhe é própria de ser humano, inserido num contexto social, familiar e cultural. Deve olhar-se para além do corpo (Pestana, Erdmann & Sousa, 2012). No entanto, como refere Guetti & Marques (2008) há uma tendência de menor investimento cuidativo por parte da equipa de enfermagem, principalmente quando não há definição sobre a doação, o que pode inviabilizar, quando a mesma é formalizada, não havendo tempo nem condições ideais para a manutenção de certos órgãos. Importa assim

que, “a consciência da irreversibilidade do quadro de morte deve despertar no profissional a condição de aproveitamento dos órgãos para o transplante” (Cavalcante, *et al.*, 2014, p. 1).

Desta forma, o enfermeiro destaca-se pela posição privilegiada na equipa, pelo tempo que permanece junto da pessoa e pelos cuidados que lhe pode prestar. Assim, as dimensões do cuidado do enfermeiro, englobam aspetos relacionados com os cuidados técnicos e humanos, prestados à pessoa em MC e potencial dadora de órgãos e tecidos e à sua família. A dimensão técnica do cuidado é constituída pelas habilidades do profissional, pelo cumprimento de protocolos e tecnologias específicas para esse cuidado, voltando-se para os cuidados que visam a manutenção, monitorização e viabilização dos órgãos para transplante, e a dimensão humana é constituída pelos cuidados prestados no âmbito das relações interpessoais com a pessoa e a família. Por outro lado o enfermeiro deve ser treinado para a identificação e notificação do dador à equipa intra-hospitalar de doação. No estudo desenvolvido por Cavalcante *et al.* (2014, p. 2) os enfermeiros relatam que o cuidado à pessoa potencial dadora de órgãos/tecidos envolve muitas atividades, o que configura um processo “*complexo, multidimensional e multidisciplinar, sendo complementares e interdependentes. Assim visa um cuidado diferenciado à pessoa em MC, potencial dador de órgãos, com todo o suporte tecnológico e conhecimento científico, objetivando viabilizar os órgãos para doação*”.

Assim, dado o processo de doação de órgãos assim como o grau de complexidade que este envolve, a equipa multidisciplinar deve ser capaz de suprir as necessidades do potencial dador, dispondo de conhecimentos atualizados e realizando uma atuação rápida e segura. Como referem Pestana *et al.* (2013) o reconhecimento tardio da MC que pode levar a infeções, instabilidade hemodinâmica, metabólica e eletrolítica, ou PCR com a perda do potencial dador e consequentemente a perda da esperança de levar vida a outras pessoas, faz com que seja fundamental a preparação dos enfermeiros com conhecimentos sobre as alterações fisiopatológicas que ocorrem após a MC e que comprometem a perfusão e a oxigenação dos diferentes órgãos. O diagnóstico e o tratamento precoce dessas alterações são fundamentais para a finalização do processo de doação de transplante com êxito, principalmente quando se pensa na implementação de ações efetivas através de protocolos de manuseio agressivos do potencial dador. “*O caminho mais promissor para aumentar a oferta de órgãos é pela otimização do uso da sua principal fonte: o dador cadáver com*

MC” (Rech & Rodrigues Filho, 2007, p. 198). Também para Cavalcante *et al.* (2014, p. 1) “o sucesso do transplante está intimamente relacionado com a manutenção ideal desse potencial dador”.

Para Westphal *et al.*, (2011, p. 255) muitos dos problemas do déficit de oferta prendem-se com falhas nos processos de reconhecimento de MC, de abordagem familiar e de manutenção clínica do dador falecido, uma vez que na perspectiva destes autores, os cuidados ao dador, por vezes não são objeto da devida valorização, verificando-se uma ausência de sistematização no atendimento do potencial dador de órgãos. Com base nisto, os autores defendem a importância de orientações formais para que se proporcione o máximo de homogeneidade na manutenção do potencial dador. “A padronização e a celeridade destes procedimentos estão claramente associados ao aumento do número de órgãos transplantados, à diminuição da perda de dadores por colapso cardiovascular e ao aumento da sobrevida pós transplante”.

Da mesma forma, no estudo de Aguiar *et al.* (2010) a falta de notificação de MC e a falha na manutenção dos órgãos para colheita representam fatores impeditivos à efetivação da doação, sendo fundamental a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo da doação, na busca de ações para diminuir a perda do potencial dador, visando elevar o número de doações e reduzir o sofrimento das pessoas que permanecem numa fila de espera interminável. Como refere Kutsogiannis *et al.* (2013) no seu estudo, existem potenciais dadores nas UCIs e nos SU que não são referenciados. Para Ivan Bravio, citado por Teixeira e Cardoso (2014, p. 20) “é premente sensibilizar os especialistas para a transplantação. A consciencialização dos profissionais de saúde para a colheita de órgãos e transplantação é uma das mensagens chaves”.

Perante isto, a abordagem à pessoa em situação NC nos SU deve ser feita por equipas multidisciplinares que partilhem a mesma linguagem, para além de que, como refere António Morais Sarmiento, “ninguém faz nada sozinho, tem de haver espírito de equipa” (Teixeira, 2014, p. 15).

Neste sentido, no Hospital X, preconiza-se conforme o procedimento multissetorial TRC 133, *Doação de órgãos e tecidos*, que sempre que é identificada uma pessoa em MC, após realizadas as primeiras provas, procede-se à sua referência ao GCCT, sendo fundamental a transmissão ao enfermeiro de uma breve história clínica bem como os dados de identificação do potencial dador, dando-se início ao processo, fazendo

uma pesquisa no RENNDA. No caso de existir registro no RENNDA, o processo pára, não havendo lugar à doação. Se não houver registro, dá-se início ao processo de manutenção, para que os órgãos e os tecidos possam ser colhidos. Confirmada a MC com as segundas provas, o potencial dador torna-se um dador elegível de órgãos e tecidos.

Por manutenção entende-se a abordagem clínica do potencial dador com o objetivo de manter os órgãos viáveis até à sua colheita para transplante tão necessária dada a desproporção entre a procura de órgãos e o número de órgãos disponíveis para esse mesmo fim, o que constitui um problema universal (OMS, 2009). Deve ser iniciada após o diagnóstico de MC e consiste em contrariar o curso natural dos acontecimentos de modo a preservar os órgãos a transplantar, já que a MC vai levar inevitavelmente à morte somática. Assim os objetivos da manutenção são: manter uma boa pressão de perfusão, manter a diurese, o equilíbrio hidroeletrólítico, a temperatura, prevenir e tratar as arritmias, as infeções, uma oxigenação adequada e corrigir as alterações de coagulação.

No entanto, as dificuldades associadas à manutenção dos potenciais dadores só podem ser superadas com o olhar atento, a sensibilização, a competência e o empenho dos enfermeiros para além, da existência de mecanismos de rede eficazes e da prática baseada na evidência. Desta forma, pode dizer-se que as ações de enfermagem específicas no cuidado à pessoa em MC são voltadas para a manutenção dos órgãos bem perfundidos de modo a que estes estejam em condições de serem utilizados em transplantes, ou seja, têm como objetivo conseguir a manutenção do dador em ótimas condições a fim de conseguir conservar a boa função e o máximo número de órgãos e assim poder transplantá-los com êxito (Sesma & Ollo, 2001; Cabral *et al.*, 2009; Caple, 2014). A manutenção do PD de órgãos é uma das fases do processo que apresenta relação direta e proporcional ao desfecho final do procedimento. Se for feita de forma adequada, assistida por protocolos e profissionais capacitados, aumenta a probabilidade de sucesso do transplante e de manutenção de funcionalidade do órgão por maior tempo na pessoa transplantada. Em contrapartida, atitudes não orientadas ou não protocoladas estão diretamente relacionadas com a falência do órgão transplantado, precoce ou tardiamente. É importante que se tenha sempre em mente que todos os esforços feitos para manter a vida da pessoa não se devem cessar após a hipótese de diagnóstico de MC, lembrando que se infelizmente aquela pessoa não pode ser salva, outros poderão, se os cuidados adequados de manutenção hemodinâmica e cardiorrespiratória forem mantidos, preservando a viabilidade dos órgãos

para um possível processo de doação, em pessoas cuja única opção existente, é o transplante (Erlacher *et al.*, 2014).

No estudo desenvolvido por Lima, Batista & Barbosa (2013) e por Freire *et al.* (2014), quase a totalidade dos enfermeiros se consideraram qualificados para prestar os cuidados à pessoa em MC. No que respeita às dificuldades sentidas, elas passam pela falta de conhecimentos, falta de preparação da equipa, falta de recursos e estrutura adequada, falta de importância dada a estas pessoas e da relação com os familiares. Das etapas do processo de doação de órgãos e transplante, a entrevista com a família foi a mais citada, seguida do diagnóstico de MC e a colheita de órgãos e tecidos. Relativamente aos cuidados para a manutenção do potencial dador, a manutenção da temperatura corporal, a monitorização hemodinâmica e o controlo hidroelectrolítico, foram os mais citados. Considerando que a maioria dos participantes referiram sentir-se preparados para cuidar de pessoas em MC, no que refere às respostas obtidas sobre as etapas no diagnóstico de MC e processo de doação tal não se verifica, nenhum profissional nomeou todas as etapas fundamentais para o diagnóstico de MC, manutenção e processo de doação, observando-se que o conhecimento não condiz com a realidade citada. O despreparo da equipa, além de gerar stress profissional, sofrimento familiar, compromete a eficácia do processo, sendo fundamental a formação e aperfeiçoamento, além de possibilitar o aumento da oferta de órgãos e tecidos para transplantes, o que se traduz em benefícios para a sociedade (Freire *et al.*, 2014; Caple, 2014).

Perante isto, Lima, Batista & Barbosa (2013, p. 786) constataam que a manutenção precária da pessoa em MC, considerada como potencial dador, pode ser a segunda causa de não ocorrência da doação de órgãos e tecidos. *“Isso deve-se provavelmente, à desproporção entre a evolução tecnológica na manutenção do organismo e o despreparo da equipa profissional em abordar a família.”* Assim, visto a importância que o enfermeiro possui na manutenção do potencial dador, importa conhecer os cuidados, bem como realizá-los adequadamente, de forma a fazer a diferença na prática profissional no cuidado à pessoa.

As alterações fisiopatológicas têm início com o aumento da pressão intracraniana (PIC), consequência do aumento de volume intracraniano, que desencadeia o mecanismo de MC. Com a elevação da Pressão Intra Craneana (PIC) há drenagem de liquor e comprometimento do retorno venoso, juntamente com hipoxia e edema cerebral. A MC

ocorre no momento em que a PIC está tão elevada que impede a circulação arterial cerebral, após a herniação do tronco cerebral pelo forâmen magnum. Os momentos que antecedem a MC são de sofrimento para o organismo, que tenta a todo o custo manter a perfusão cerebral com uma elevação extrema da PIC, com hipertensão, bradicardia e alterações respiratórias (Triade de Cushing). Assim, podem identificar-se em consequência da MC, 2 fases distintas. Numa primeira fase o organismo responde com uma descarga simpática maciça, chamada de *tempestade autonómica*, situação transitória com hipertensão, taquicardia, hipertermia e um aumento do débito cardíaco. Numa segunda fase surge uma redução da descarga simpática com vasodilatação e redução do débito cardíaco (McKeown, Bonser & Kellum, 2012; Peiffer, 2007; Rech & Rodrigues Filho, 2007; Liberato *et al.*, 2012; TPM, 2007). Com a MC ocorre a libertação massiva de catecolaminas, causando uma série de efeitos nefastos, dada a marcada instabilidade fisiológica, que podem colocar em risco a perfusão de órgãos do potencial dador, além de provocar uma redução brusca nos níveis de cortisol, insulina, hormona tiroideia e antidiurética (McKeown, Bonser & Kellum, 2012; TPM, 2007). Assim importa que a atuação do enfermeiro permita uma deteção precoce de pessoas com critérios de MC, através da identificação das alterações fisiopatológicas, em tempo útil, de forma a garantir a estabilidade hemodinâmica, a viabilidade e a qualidade dos órgãos para transplante e assim conduzir de maneira adequada, o manuseio do potencial dador (Rech & Rodrigues Filho, 2007). Os enfermeiros deverão estar atualizados e devidamente capacitados. Dessa forma pode obter-se maior eficiência, qualidade e excelência no cuidar, garantindo melhoria contínua desse processo e beneficiando tanto os enfermeiros quanto os familiares dos dadores e os recetores (Liberato *et al.*, 2012; Lima, Batista & Barbosa, 2013).

Durante a manutenção é recomendada a elevação da cabeceira entre 30 e 45 graus, realizar mudanças de decúbito a cada duas horas, aspirar o tubo orotraqueal somente se houver secreções, manter a pressão do cuff ente 20 a 30 cm H₂O, cateterização venosa central e linha arterial, cateterização vesical, colocação de termómetro central, realizar a entubação gástrica para descompressão do estômago ou alimentação (suporte nutricional entérico ou parentérico se não tolerar ou soro dextrosado), avaliação de glicemias de 6 em 6h tendo como objetivo manter entre os 140 e os 180mg/dl. Caso se verifiquem valores superiores a 180mg/dl em resultado da diminuição da libertação de insulina pelo pâncreas, deve iniciar-se perfusão de insulina e avaliações horarias da glicemia capilar. Importa a

colheita de Hemoculturas (HC), urocultura, secreções brônquicas para estudo microbiológico e sangue para análise. Importa a monitorização cardíaca contínua, da saturação de oxigénio, da Pressão Arterial (PA), da Pressão Venosa Central (PVC), do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido base, do débito urinário horário com valor de 3 a 4 ml/kg/h, da densidade urinaria e da temperatura corporal (Pestana *et al.*, 2013). Importa a proteção ocular através do humedecimento e aplicação de colírios, a fim de preservar as córneas, por serem as mais comuns à doação. A colheita deve ser feita até às 6h após a morte e o défice visual não contra indica a doação. Contra indicado está, o contacto direto de compressas na córnea (Westphal *et al.*, 2011; Liberato *et al.*, 2012; McKeown, Bonser & Kellum, 2012; Freire *et al.*, 2014; Caple, 2014; Becker *et al.*, 2014).

O controlo e a manutenção da temperatura é função exclusiva dos enfermeiros. A hipotermia é muito frequente após a MC. É consequência da perda de controlo hipotalâmico da temperatura corporal e está associado à ocorrência de eventos adversos, nomeadamente arritmias, instabilidade hemodinâmica e alterações do sistema de coagulação. Deve procurar-se uma temperatura central > 35°C, idealmente entre 36° e 37,5°C. Deve aquecer-se o ambiente, utilizar fluidos endovenosos e soluções aquecidas a 43°C para lavagens gástricas, mantas térmicas, nebulização aquecida e focos de luz direcionados para o tórax ou abdómen. Temperatura ambiente > 23° (TPM, 2007; Westphal *et al.*, 2011; McKeown, Bonser & Kellum, 2012; Liberato *et al.*, 2012; Becker *et al.*, 2014).

A instabilidade hemodinâmica é o principal desafio no tratamento do dador cadáver, sendo a hipotensão um problema comum e que leva à diminuição da perfusão dos diversos órgãos. A aferição da pressão arterial não invasiva em situações de choque é imprecisa, pelo que esta se deve monitorizar de forma invasiva. Em resultado da perda das funções do tronco cerebral a instabilidade hemodinâmica ocorre numa fase inicial com hipertensão com duração de 20 a 30', seguida de hipotensão devido à vasodilatação, pela diminuição da libertação de catecolaminas. Importa manter uma Tensão Arterial Média (TAM) > 65mmHg e uma Tensão Arterial Sistólica (TAS) > 90mmHg, usando soros e fármacos vasoativos ou inotrópicos e uma PVC entre 6 e 10 mmHg (TPM, 2007; Westphal *et al.*, 2011; Liberato *et al.*, 2012; Becker *et al.*, 2014).

A doença grave condiciona um estado de hipercatabolismo, a que se associa uma resposta inflamatória sistémica, que pode ser diminuída através do suporte nutricional

adequado. (Liberato e outros, 2012; Becker e outros, 2014) A hiperglicemia é frequente no dador em MC, sendo secundária à hiperatividade simpática, diminuição da libertação pancreática de insulina e aumento da resistência periférica (Westphal *et al.*, 2011).

A hipovolémia e a hipernatrémia são frequentes, causadas pela poliúria (> 4ml/kg/h) devido à diabetes insípida, estando indicado a administração de água pela sonda gástrica, soro fisiológico a 0,45% ou dextrose em água a 5%. Níveis de sódio acima dos 155 mmol/l estão relacionados com disfunções hepáticas e perda de enxerto no recetor e preconiza-se a utilização de lactato de ringier. Deve realizar-se um controlo hídrico rigoroso, de forma a permitir o ajuste terapêutico. O gotejo do soro deve ser rigorosamente controlado. As drogas vasoativas devem ser administradas em veias centrais e em vias exclusivas, evitando-se o uso concomitante de medicação e/ou reposição volémica rápida pelas mesmas (TPM, 2007; Westphal *et al.*, 2011; Liberato *et al.*, 2012; Caple, 2014; Becker *et al.*, 2014).

As arritmias cardíacas são frequentes e de etiologia multifatorial e entre as causas mais frequentes estão: a hipovolémia, a hipotensão, a hipotermia, a administração de catecolaminas, a condução miocárdica, alterações hidroeletrólíticas e equilíbrio ácido-base. Em situação de bradicardia não se utiliza atropina. O doseamento dos iões deve ser feito a cada 6h e o PH deve manter-se > 7,35-7,45 (TPM, 2007; Westphal *et al.*, 2011; Liberato *et al.*, 2012; Becker *et al.*, 2014).

Os enfermeiros devem estar atentos a qualquer distúrbio da coagulação. O tempo necessário para que ocorram manifestações hemorrágicas depende da extensão da lesão, podendo ocorrer nos 5 dias após o trauma. Estas alterações podem manifestar-se através de sinais menores, como hematúria, gengivorragias ou hemorragia persistente nos locais de punção vasculares. Pode ser necessário fazer transfusões de concentrado eritrocitário se Hemoglobina <7 g, plaquetas, plasma fresco congelado, fibrinogénio. Importa vigiar INR > 1,5. As alterações eletrólíticas podem causar instabilidade hemodinâmica (hipofosforemia, hipomagnesemia) e arritmias (hipocaliemia e hipomagnesemia) pelo que devem ser vigiados estes iões a cada 6h (Westphal *et al.*, 2011; Liberato *et al.*, 2012; Becker *et al.*, 2014).

A ventilação mecânica pode causar lesões pulmonares adicionais às provocadas pela MC, pelo que se preconiza uma estratégia protetora: volume total 6 a 8ml/kg, FiO₂ mínimo para uma PaO₂ entre 80 a 100%, ajustar a frequência respiratória para obter uma

PaCO₂ entre 35 e 45mmHg. A manutenção de uma adequada ventilação e oxigenação deve ser monitorizada através de gasimetrias e do controlo dos parâmetros do ventilador. Não se preconiza o uso de filtros HME, usam-se humidificadores aquecidos (Liberato *et al.*, 2012; Becker *et al.*, 2014).

Dada a instabilidade hemodinâmica a administração de corticoides pode permitir uma maior efetividade do transplante hepático e a hormona tiroideia a do transplante de coração (Westphal *et al.*, 2011).

A exclusão do dador, baseado em critérios de infeção, está cada vez mais posto de parte, pelo que não se deve interromper a manutenção caso surjam colheitas positivas ou diagnóstico de infeção. Devem repetir-se as culturas. Caso esteja indicado deve iniciar-se antibiótico e deve ser comunicado ao CHD (Liberato *et al.*, 2012; Becker *et al.*, 2014).

Em caso de PCR, o enfermeiro juntamente com o médico devem instituir as manobras de reanimação.

Assim em suma, a manutenção do potencial dador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, deteção precoce, manuseio imediato das principais complicações advindas da MC para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis. O enfermeiro deve estar capacitado a identificar tais alterações fisiopatológicas para que, junto com a restante equipa de saúde, possa instituir medidas terapêuticas adequadas, pois essas alterações constituem um processo complexo, repercutido na quantidade e qualidade dos órgãos a serem transplantados. Importa que os enfermeiros estejam cientes da importância da qualidade do seu desempenho e das repercussões dos seus cuidados, quer a nível técnico inviabilizando a possível doação quer a nível humano e relacional aquando do afastamento da família, pelo que é crucial um agir empenhado em toda a globalidade da pessoa. Apesar de clinicamente morta, aquela pessoa representa em si mesmo um passado que merece todo o respeito e representa uma fonte de esperança para outra pessoa. Perante a crescente escassez de dadores e de órgãos em condição satisfatória, é essencial que se otimize o cuidado devido à pessoa em MC para que, uma vez que se tornem em dadores efetivos, possa haver melhor aproveitamento de todos os órgãos possíveis de serem transplantados (Guetti & Marques, 2008; Liberato *et al.*, 2012).

1.3.6. Cuidados de Enfermagem à Família/Pessoa Significativa do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos

O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de saúde que permanece mais tempo com a pessoa e com a sua família, é aquele que tem maior possibilidade de lhes saber dar a resposta mais adequada perante uma situação de crise. Como refere Pestana *et al.* (2013, p. 259), “*o cuidado à pessoa em MC requer ações que exigem grande responsabilidade onde nada pode correr mal no que se refere ao encontro com a família e em termos de conhecimento e cuidado com o potencial dador*”. Os familiares que vivenciam o processo de doação por sua vez, sofrem ao receber a notícia da MC e com a falta de informações, o que obriga os profissionais de saúde a darem maior atenção à família e a pensarem em estratégias para tornar esse processo menos sofrido, burocrático, desgastante e cansativo.

Embora o homem, ao longo da sua vida, lide com as perdas, dificilmente aceita a perda maior que é o fim da vida, portanto nega a morte. A família é o primeiro grupo no qual a pessoa está inserida, constitui a primeira rede de relações e funciona como uma matriz de identidade (Feliú, 2009). É difícil aceitar a morte como um processo integral da vida, pois a sociedade não está familiarizada com esta ideia, porque tal, significa renunciar a vida e a convivência com os familiares e as pessoas da nossa relação afetiva. Ao negar a morte, a sociedade só se prejudica, pois maior é o seu desconhecimento sobre ela e maior o medo. Feliú (2009) citando Keys e Hofling, ressalta que o processo de aceitação da morte de pessoas queridas ocorre aos poucos, sendo ainda pior em caso de morte súbita ou trágica, jovens e saudáveis. A morte social, ou seja a extinção da convivência com a família ocorre lentamente. É preciso tempo para se lidar com a perda e o luto. O sentimento de negação e revolta persistem até que haja a aceitação da morte da pessoa e a superação do luto. O tema morte ainda se torna mais delicado quando associado ao tema da doação de órgãos. A morte súbita impossibilita qualquer preparação psicológica, capaz de absorver o choque da notícia, dificultado pela falta de preparação da sociedade para aceitar a morte. O luto, para Feliú (2009) citando Parkes, é a manifestação de reações a uma perda significativa, pois há o rompimento dos vínculos afetivos com o outro. O luto é a resposta à perda, é um processo e não um estado. A duração deste depende: da preparação da família para o acontecimento, da estrutura social na qual está inserida, da intensidade e da forma como ocorreu. A morte de um elemento da família é um momento de crise, seguido do processo de luto. É nesta fase que as equipas de saúde devem abordar a família sobre a

doação, devendo o profissional ter isso em consideração. Deve perceber o estado emocional da família e ainda os seus comportamentos, sentimentos, sintomas. A família necessita de informação e suporte emocional desde a entrada no hospital. O desconhecimento gera ansiedade. As reações do processo de luto passam por: choque, negação, ambivalência, revolta, negociação, depressão, aceitação e adaptação. Num processo de doação, a família vivencia-as com a agravante de não ter o corpo e o sofrimento pela sensação da mutilação. A doação pode assumir diversos significados para as famílias, os positivos como: conforto, satisfação, honra, confiança na equipa de saúde, satisfação no atendimento e segurança nas informações e os negativos: revolta, dor, agressividade. Os familiares vivenciam momentos de ambiguidade, como a morte de um ente querido e a possibilidade de melhorar e salvar a vida de outra pessoa. Sendo as cerimónias fúnebres, o momento em que a família se prepara para lidar com a perda, a temática da doação, como que interrompe estes rituais, adiando-os. Feliú (2009) citando Bousso, refere que o profissional de saúde deve cuidar da família, durante a experiência da morte e luto. Em vez de abordar a temática da doação e depois abandonarmos a família, podemos extrair o melhor desta estimulando processos fundamentais para encorajar o seu crescimento perante o caos. A intervenção precoce constitui uma medida preventiva e é nossa obrigação, enquanto enfermeiros (Feliú, 2009).

A experiência começa com o impacto da tragédia, caracterizado pelo anúncio do acidente. A família vive um pesadelo. Surpreendida com o acontecimento ela fica preocupada com o prognóstico e com a possível morte do familiar. O desconhecimento dos detalhes da tragédia ou da causa do agravamento do quadro clínico faz com que a família tente perceber, embora sem recursos o que aconteceu e passa a viver num vazio. Com o agravamento da situação, surge a notícia da provável MC e da possibilidade de doação de órgãos, que os leva para uma segunda fase, a da incerteza da MC. Importa que a família compreenda a mudança do quadro clínico e aceite a MC como a morte do seu familiar, mas precisa de tempo para que isso faça sentido. Mas muitas vezes, os familiares não dispõem do tempo de que necessitam para refletir e perceberem a gravidade do estado clínico. Como constatou, Santo & Massarollo (2005), quando a família é informada sobre o início dos exames complementares de diagnóstico, tem a possibilidade de se preparar para a morte da pessoa, pois imediatamente após a informação da morte é colocada a possibilidade da doação de órgãos e explicado o processo. As pessoas que compreendem a

MC têm maior facilidade em pensar na possibilidade da doação de órgãos, mas aquelas que não compreendem, ou que acreditam na possibilidade de reversão do quadro, ficam irritadas e espantadas ao serem abordadas quanto à doação. Inicialmente a família desconfia, por acreditar que o quadro possa ser reversível (TPM, 2007).

Como defende Dell Agnolo *et al.* (2009) e Lima, Batista & Barbosa (2013) a dificuldade de aceitação por parte dos familiares, prende-se muitas vezes com a falta de esclarecimento quanto ao estado da pessoa e a pouca compreensão do que significa MC, o que faz com que a família ou pessoa significativa tenha esperança na recuperação do quadro clínico associado à influência de ver o familiar com uma aparência externa de vivo, com o coração a bater, o corpo quente, os movimentos respiratórios, cor saudável e com os seus principais sistemas a funcionar. Ressalta-se a importância do esclarecimento à família sobre o diagnóstico de MC, desde o início do processo de doação de órgãos e tecidos (TPM, 2007). Afinal a maioria das pessoas associa a morte à paragem cardiorrespiratória, corpo imóvel e frio, à cessação irreversível das funções cardiorrespiratórias. A negação inviabiliza a aceitação da morte. Além disso, o uso de terminologia impropria contribui para a incerteza e angústia dos familiares quanto à morte efetiva. Como refere Dell Agnolo *et al.* (2009), as famílias são capazes de entender o conceito de MC, porém perante a experiência que estão a vivenciar, no contexto da dor que sentem, elas necessitam de tempo para que este conceito faça sentido na sua realidade, naquele momento. Assim importa desmistificar o processo de doação e melhorar as informações prestadas aos familiares.

Desta forma, a entrevista familiar é considerada um passo bastante importante de alerta, clarificação e encorajamento familiar acerca da possibilidade da doação para salvar e dar qualidade de vida a pessoas com necessidade de transplante. Cuidar dos elementos da família de um potencial dador em programa de transplante é tão importante como a manutenção do dador (Santos, Massarollo & Moraes, 2012). O vínculo de confiança que se estabelece com os profissionais ajuda na aceitação da doação, para além do significado social e moral, que a doação representa, que é o de dar vida a outro. Mas para isso é importante a consciencialização da irreversibilidade da situação e que o seu familiar está morto. Por fim, a família revê a sua história, refletindo, avaliando e dando significado às suas ações. Todas estas fases de transição demonstram o quão dinâmico é o processo de consciencialização da MC e do processo de doação de órgãos na família (Feliú, 2009).

A habilidade em comunicar é um aspeto fundamental em todo o processo interativo, pois permite ao indivíduo enriquecer os seus conhecimentos, obter satisfação das suas necessidades, assim como transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer, interagir e conhecer o que os outros pensam e sentem, para além de promover a aceitação da doença e participação em todo o processo. Deste modo, “*as habilidades para levar a cabo a comunicação interpessoal revelam-se fundamentais para proporcionar cuidados de qualidade nos serviços de saúde*” (Pereira, 2005, p. 33). Assim, é imprescindível o desenvolvimento destas habilidades nos enfermeiros de forma a permitir desencadear relações interpessoais com qualidade, numa relação única que permita a satisfação das necessidades dos outros, não esquecendo que são pessoas com valores e crenças diferenciadas, que importa considerar e respeitar (TPM, 2007; ONT, 2011). Por outro lado, a necessidade de informação é reconhecida como um direito da pessoa e família consagrado na Base XIV, alínea e) da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) e um dever dos enfermeiros na sua prática expresso no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 84º da Lei 111/2009 de 16 de Setembro.

Para Dell Agnolo *et al.* (2009), nos países que obrigam ao consentimento por parte da família, quando a abordagem é feita por profissionais que estejam seguros em propor a doação e que se preocupam com os familiares, as taxas de consentimento aumentam consideravelmente. No Reino Unido, há equipas de enfermagem especializadas para abordar a família de pessoas em suspeita de MC, proporcionando apoio emocional, auxiliando a compreender os desafios e o significado desta. É importante que a equipa que intervém na entrevista tenha formação específica e experiência (ONT, 2011). Há uma orientação crescente de que somente pessoas treinadas especificamente para a entrevista familiar a devem realizar, utilizando uma linguagem simples, objetiva e verdadeira, demonstrando respeito e empatia, sem contradições nas informações facultadas. Para Bousso (2008) a abordagem familiar deve ser humanizada, com profissionais treinados e num ambiente apropriado. “*O objetivo da entrevista familiar é garantir que a família/pessoa significativa entendem a MC, esclareçam dúvidas sobre o processo da doação e transplante, avaliando simultaneamente o risco biológico da doação e dando em contrapartida apoio emocional e psicológico*” (TPM, 2007, p. 118).

Como refere Barradas (2010, p. 67) citando Pearson, Robertson-Malt, Walsh e Fitzgerald, “*os enfermeiros promovem cuidados a nível físico aos potenciais dadores,*

cuidados à família em momentos emocionalmente de grande angústia e encontram-se envolvidos em todo o processo de doação de órgãos. São os profissionais de saúde que estão mais intensamente, consistentemente e extensivamente envolvidos nos cuidados aos potenciais dadores e às suas famílias”. Assim, o papel do enfermeiro passa por colaborar com o médico na manutenção do dador e apoiar a família em todo o processo, promovendo cuidados holísticos, sendo que são um dos profissionais que primeiramente estabelece relação de proximidade com a família. *“Trata-se de algo que suplanta a esfera técnica, uma questão humanitária e de cidadania de todos os envolvidos na manutenção do potencial dador”* (Westphal *et al.*, 2011, p. 255). Comprovado que uma atitude positiva associada a uma equipa sensibilizada e treinada, com protocolos de doação bem definidos, interferem na melhor aceitação por parte das famílias e melhora a efetividade dos resultados de dadores efetivos, importa implementar programas de informação/formação dos profissionais sobre o processo da doação (Barradas, 2010).

Importa um adequado acolhimento e suporte à família, ajustando a informação às necessidades da mesma, apoiando-a emocionalmente e trabalhando o luto. São exemplo, as 6 etapas de Buckman na comunicação de más notícias: preparação, perceção, colaboração, informação, responder às emoções e resumir/planear (Grupo de Trabalho do Guia de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008) (Anexo 4). Assim, a entrevista familiar deve decorrer num ambiente calmo e cómodo. É fortemente desaconselhado a abordagem da família nos corredores ou junto à pessoa em MC. O primeiro passo é identificar o ou os familiares mais próximos/pessoa significativa que mostre condição de diálogo e levá-la para o local escolhido. O entrevistador deve apresentar-se, dizendo o seu nome, a sua categoria e expressando os sentimentos pela morte e oferecendo ajuda. Importa que todos tenham presente que o seu familiar está morto. Depois torna-se fundamental que falem do seu familiar e do ocorrido. O entrevistador não deve demonstrar pressa e acompanhar o ritmo de assimilação da família, nem interrompe-los. Perguntar o que o potencial dador pensava sobre a doação pode ser uma forma de introduzir o assunto. Todas as etapas da doação devem ser explicadas, bem como a questão da desfiguração do corpo, o impacto aquando do funeral e os procedimentos em caso do corpo seguir para o IML. A família deve ser incentivada a expressar os seus sentimentos, dúvidas, mitos. A importância da doação também deve ser abordada (Barradas, 2010). A honestidade e a confiança entre a família e a equipa que cuida, promove a comunicação e cria ligações importantes para

situações de stress e dificuldade para a família. A família de uma pessoa com uma lesão cerebral catastrófica está em stress e necessita de apoio, ensino e a verdade. Os enfermeiros são fundamentais para o estabelecimento de confiança e ajudar a família a compreender a informação fornecida pelos vários prestadores de cuidados de saúde (Arbour, 2013). Importa facilitar a visita precoce e promover uma realista e honesta comunicação sobre a sua condição e prognóstico. Torna-se vital de forma a que a família entenda. Quando ocorre o agravamento das lesões e a morte cerebral é eminente, a empatia e a honestidade são importantes na comunicação do agravamento da situação clínica, uma vez que como refere Arbour, (2013), os enfermeiros são muitas vezes, de entre os profissionais que prestam cuidados, os primeiros a reconhecer o agravamento do estado neurológico e a iniciar a avaliação em termos de MC.

Numa reunião familiar, deverá começar por se explicar a gravidade da situação da pessoa e definir certos termos. Definir claramente o significado de MC e assegurar-se que a família o percebe antes da temática da doação. Torna-se vital de forma a evitar mal entendidos. A comunicação com a família depois das provas de MC é fundamental para que percebam que MC é morte. A abordagem da família deve ter em consideração a perspetiva da cultura e a religião e como as famílias definem a morte (Arbour, 2013; Smith, 2015; Grupo de Trabalho do Guia de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008).

Assim, Roza, Pelizetti e Bousso, citados por Bousso (2009), referem o papel da enfermagem como amparo das famílias e a necessidade de abrir as portas dos hospitais, para assim expandir o foco de colheita de órgãos, para depois cuidar da família, durante a experiência de morte e de luto, pelo que a intervenção precoce constitui uma medida preventiva, e é dever do enfermeiro. Também para Freire *et al.* (2014) o cuidado prestado à pessoa e à sua família, deve ser feita desde o início do internamento pois influencia a família e a forma de encarar o momento em que é comunicada a MC e a possibilidade da doação. Torna-se fundamental o reconhecimento das expectativas vividas pelos familiares, expondo o sofrimento.

Muito mais do que informar sobre o estado da pessoa potencial dadora de órgãos, ou sobre o processo de doação de órgãos, é essencial que os enfermeiros, exatamente por estarem mais próximos da família, estejam disponíveis e abertos para perceber as necessidades dos familiares, ajudá-los a compreender a realidade como ela se apresenta. “A

prestação de cuidados de enfermagem aos familiares dos potenciais dadores, é de extrema importância, pois fazem parte do processo de doação de órgãos” (Cavalcante *et al.*, 2014, p.4). Assim, através do trabalho desenvolvido por Santo & Massarollo (2005) foi possível perceber que para os familiares de dadores em MC, o processo de doação inicia-se com a entrada no hospital e termina somente quando a pessoa é sepultada, sendo considerado um processo burocrático, demorado, desgastante e cansativo, para além de ser descrito como uma situação de sofrimento e stress. Mas na verdade, o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante envolve várias etapas, iniciando-se com a identificação e terminando somente com a conclusão do transplante (Cinque & Bianchi, 2010).

Perante tudo isto, a comunicação de más notícias em saúde constitui um tabu, nos nossos dias, quer para as pessoas em geral, quer para os enfermeiros que ainda não estão preparados para a enfrentar. Uma área cinzenta de grande dificuldade na relação pessoa/família/enfermeiro. São situações que geram perturbações, que implicam transições e mudanças, quer na pessoa que recebe a notícia, quer no enfermeiro que a transmite, não só pelo receio de enfrentar as reações da pessoa e família, mas também pela dificuldade em gerir a situação. No estudo efetuado por Lima, Batista & Barbosa (2013) a dificuldade mais expressa pelos enfermeiros foi a relação com a família do potencial dador, pois referem dificuldade em atuar face ao sofrimento dos familiares, no entanto precisam desempenhar a sua outra função, face à solicitação da doação.

Por outro lado, o sentimento de fracasso, associado à MC, numa sociedade em que se tem verificado uma grande evolução tecnológica e científica nas ciências da saúde e à ideia de imortalidade, pode influenciar de forma menos positiva a ação do enfermeiro junto da família/pessoa significativa. “*Perder um paciente para a morte muitas vezes significa um fracasso profissional*”, como refere Freire *et al.* (2014, p. 196). Neste sentido, gera-se um afastamento que se reflete nos cuidados prestados, pois o enfermeiro volta a sua atenção para um atendimento centrado no desempenho técnico, na preocupação com o controlo de equipamentos e tecnologias na UCI, perdendo de vista a dimensão psicossocial e relacional. A comunicação é afetada, pois os processos de comunicação esvaziam-se de conteúdo, desencadeando mecanismos de fuga, risco de falta de transparência e omissão. Oroy, Stromskag & Gjengedal (2014) concluem assim, que o prognóstico tem um grande impacto na forma como os profissionais que cuidam, interagem com a família. Da mesma forma, Cavalcante *et al.* (2014) refere no seu estudo, que alguns enfermeiros relatam não

priorizar a pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos, por considerar que as outras pessoas internadas, com prognóstico de vida, são mais importantes. O facto da pessoa em MC não ter possibilidade de restabelecimento faz com que os profissionais se distanciem dela. Segundo estes autores, a pessoa em MC é a que recebe menos atenção e cuidado por parte da equipa de enfermagem. Em boa verdade, os cuidados ao potencial dador não devem ser diferentes da assistência prestada à pessoa em estado crítico, sendo que os cuidados devem ser mantidos.

Por outro lado, também o comportamento empático do enfermeiro, tão importante para essas pessoas, pode ser sinónimo de um grande desgaste emocional, levando de igual forma ao afastamento como forma de proteção mas que pode trazer efeitos no processo de luto da família. Importa que os enfermeiros, apreendam as suas dificuldades, os próprios medos e receios, dada a sensação de espelho, isto é, *imagem de si próprios, na mesma situação, preferindo afastar o problema para não o viver* (Pereira, 2005, p. 35).

1.4. Contextualização dos Estágios na UGP do Hospital X

Os estágios são um período fundamental de formação dos enfermeiros, permitem o desenvolvimento da capacidade criativa, reflexiva e crítica, partindo dos conhecimentos e aptidões adquiridas em contacto direto com a pessoa em situação crítica. O enfermeiro transforma os conhecimentos em saberes e em saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional através da incorporação de recursos que permitam a construção de competências e um agir profissional em cada situação. Por outro lado, a aprendizagem autónoma e reflexiva resulta da realização de ações, da identificação e análise de situações/problemas com o consequente desenvolvimento de soluções fundamentadas com vista ao aperfeiçoamento. Partindo de novos conhecimentos, saberes e competências, o enfermeiro torna-se veículo de mudança comunicando sobre a prática, os resultados e fazendo propostas fundamentadas de mudança, para que a restante equipa compreenda, o que se faz, como se faz e porque se faz.

A UGP do Hospital X, está situado na cidade de Lisboa, tendo a ela recorrido cerca de 152 816 pessoas no ano de 2015, vindas de todo o país. Menos 3000 que no ano anterior. É nele que se prestam cuidados de primeira necessidade, num curto espaço de tempo, sendo primordiais nos casos graves, o estabelecimento de prioridades entre os cuidados a prestar a uma população com necessidades de saúde tão heterogéneas. Trata-se

de uma Urgência Polivalente, pois possui um nível diferenciado de resposta às situações de Urgência/Emergência e possui outras valências para além das existentes no SU Médico-Cirúrgica (Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto).

No ano de 2007, a UGP foi alvo de uma total remodelação com vista à implementação do Sistema de Triagem de Manchester e caracteriza-se por ser um serviço moderno, organizado e com um circuito interno bem definido.

Situado no piso 0, a UGP, apresenta um acesso fácil a locais de apoio, tais como laboratório, serviço de imagiologia entre outros. É constituída por 2 áreas principais: ambulatório e Unidade de Observação (UO). A área de ambulatório integra os balcões gerais de atendimento de diferentes especialidades médicas, onde são observadas as pessoas após a triagem. Desde 2011 com o encerramento de um SU do Centro Hospitalar, esta urgência passou a integrar também a valência de psiquiatria (constituída por uma unidade de ambulatório e uma unidade de observação, esta última situada no piso 3 do hospital). A UO é constituída por uma sala de isolamento, 5 salas de observação, com as necessárias condições de monitorização e vigilância intensiva de pessoas em situação crítica, que se preconiza por um curto período de tempo, até 24h, e 4 salas de emergência, para atendimento emergente, não sendo possível prever o tempo de permanência. No total a UO tem capacidade para 26 pessoas.

A equipa de enfermagem é constituída por 124 enfermeiros, sendo que, um é enfermeiro chefe, 24 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 em Enfermagem de Reabilitação. A equipa encontra-se sub dividida em 6 equipas, sendo que numa das equipas, os seus elementos se encontram em horário fixo e englobam 4 elementos de gestão. Os elementos das restantes 5 equipas trabalham em horário rotativo. O rácio atual é de aproximadamente 4 enfermeiros especialistas por cada equipa.

O plano de trabalho é feito por cada chefe de equipa, encontrando-se os seus elementos divididos pelos diferentes postos de trabalho existentes: 3 enfermeiros na triagem no turno da manhã e da tarde, ficando apenas um enfermeiro no turno da noite, 3 enfermeiros no balcão verde/azul, 4 enfermeiros no balcão amarelo/laranja no turno da manhã e da tarde, ficando apenas 3 enfermeiros no turno da noite, 1 enfermeiro por cada sala de UO (5 enfermeiros no total), 1 enfermeiro por cada SE (4 enfermeiros no total no turno da manhã e tarde, 3 no turno da noite), 1 enfermeiro de pequena cirurgia e 1

enfermeiro de ortopedia, 1 enfermeiro de Otorrinolaringologia e oftalmologia (na noite é o mesmo de ortopedia) e 2 enfermeiros de gestão no turno da manhã.

A Triagem na UGP do Hospital X, é feita por um enfermeiro, segundo a Triagem de Manchester e este é entendido como mais um passo, no sentido de melhorar os cuidados, no qual se exige rapidez na proporção da gravidade. De uma forma geral e breve, podemos dizer que este sistema distingue entre 5 níveis de urgência a que correspondem 5 cores, EMERGENTE - vermelho (atendimento em 0 minutos), MUITO URGENTE - laranja (atendimento no máximo em 10 minutos), URGENTE - amarelo (atendimento no máximo em 60 minutos), POUCO URGENTE - verde (atendimento no máximo em 120 minutos) e NÃO URGENTE - azul (atendimento no máximo em 240 minutos). A solução informática traduz esta metodologia num conjunto de fluxogramas, cada um constituído por vários discriminadores que o enfermeiro vai negando ou aceitando até chegar aquele que é representativo do motivo da ida da pessoa ao SU, ao qual, por sua vez corresponde uma cor que traduz a prioridade de atendimento. O objetivo desta metodologia não é o de fornecer um diagnóstico mas sim uma prioridade clínica no atendimento das pessoas conforme refere o Grupo Português de Triagem (GPT, 2010).

Os enfermeiros através do sistema informático têm acesso à informação sobre os cuidados prestados a cada pessoa como forma de garantir a continuação destes e as observações médicas realizada pelas diferentes especialidades. Os enfermeiros acompanham sempre a pessoa ao BO, acompanhada da ficha de verificação pré operatória e aos serviços de internamento sempre que se justifica. A folha de transporte é preenchida, pelos enfermeiros, independentemente da pessoa ser ou não acompanhada.

Na UGP existem 4 SE, 2 de Emergência médica e 2 de Emergência cirúrgica (*Trauma Room*), localizadas dentro da UO, longe das áreas de circuito internas e acessíveis à entrada direta de pessoas vindas do exterior. Cada uma destas salas é constituída por uma unidade para a receção de pessoas em situação crítica, dispondo de equipamentos sofisticados de monitorização invasiva e não invasiva, ventiladores multimodais, desfibrilhadores, terapêutica e materiais afins. Duas das SE apresentam características que as permitem funcionar como salas de BO e as *Trauma Room* estão ainda equipadas com aparelhos de imagiologia que permitem a realização de exames de imagem dentro da própria sala.

No turno da manhã é preenchida uma *chek list* de verificação da operacionalidade da sala e dos carros de reanimação. Para as SE, são encaminhadas as pessoas, segundo critérios definidos internamente, com risco imediato de vida, triadas com prioridade vermelha (emergente), politraumatizadas e pessoas com *Score de Glasgow* inferior a 9. Estas podem ser provenientes do exterior, trazidas pelos meios de emergência pré hospitalar ou de outras unidades hospitalares com SU menos diferenciados que não disponham de recursos ou especialidades necessárias. Recebe também pessoas dentro das outras unidades da UGP que apresentem deterioração do seu estado clínico.

A equipa que atua nas SE é multidisciplinar. Ocorrem às SE médicas, médicos especialistas de medicina interna e às SE cirúrgica, médicos especialistas em cirurgia geral e eventualmente outras especialidades cirúrgicas e ainda especialistas em anestesiologia. Um assistente operacional dá apoio às 4 salas, e técnicos de cardiopneumologia e radiologia são chamados às SE sempre que é necessário a realização de alguns ECD. Completam a equipa 4 enfermeiros, num rácio de 1 enfermeiro por SE, não obstante a colaboração de outros enfermeiros sempre que a situação o exija.

Dentro do âmbito da UGP, a SE é um dos setores que mais fascínio e insegurança cria nos profissionais que ali trabalham. Os enfermeiros que exercem funções neste setor devem possuir um conjunto específico de saberes, de forma a alcançar a excelência dos cuidados. A atuação assenta em procedimentos que visam a deteção e tratamento de lesões que provoquem instabilidade hemodinâmica, colocando a vida em perigo. Ali são admitidas pessoas quer em situação de doença aguda quer crónica agudizada, mas com o denominador comum de se encontrarem em situação crítica e por isso numa situação de transição em relação ao seu processo de doença.

O ambiente é complexo, sobretudo em resultado da natureza imprevisível da maioria das situações clínicas. Importa estabelecer prioridades nos cuidados a prestar de acordo com as necessidades em saúde da população. Implicam elevados níveis de stress, ritmo acelerado e o impasse entre a vida e a morte. A rapidez e o saber agir são as chaves para a excelência nos cuidados de saúde neste setor. O tratamento da pessoa em situação crítica na SE requer conhecimentos interdisciplinares, competências na área da reanimação, comunicação, identificação de prioridades e tomadas de decisão clínica e ética. Para lidar com a complexidade das situações de emergência, assim como com as situações difíceis com que se deparam os enfermeiros na prática, são exigidas

competências específicas, o que configura com a definição de enfermeiro especialista enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Os estágios I, II e III foram realizados no nosso contexto profissional, na UGP, do Hospital X, nos quais foi desenvolvido um PIS intitulado, *Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos e tecidos*.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

O Projeto de Intervenção em Serviço foi realizado no âmbito dos Estágios I, II (2º Semestre) e o Estágio III (3º Semestre) no decorrer do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no IPS/ESS, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto (MTP) que se baseia numa “*investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (...) esta metodologia é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência*” (Ruivo *et al*, 2010, p. 2). Visa a resolução de problemas reais identificados, que permite a aquisição de competências através da elaboração de um projeto. Implica uma atividade intencional e reflexiva de forma a estabelecer uma ponte entre a teoria e a prática, ou seja, é suportada pelo conhecimento teórico para consequentemente ser aplicado na prática, tendo em consideração os recursos e os possíveis limites de intervenção. A MTP apela à criatividade, à abertura de novas ideias, à flexibilidade e à pesquisa.

Assim, partindo de uma pesquisa temática no terreno e tendo por base a problemática, pretendeu-se estabelecer um balanço entre a teoria e a prática, integrando conhecimentos adquiridos e a aquisição de novos conhecimentos, tendo igualmente contribuído uma motivação intrínseca, mais centrada em necessidades internas. Como refere Meleis (2011), o enfermeiro no processo de pesquisa, de recurso a experiências anteriores, na procura de soluções, aliada à prática diária e à sua adaptabilidade a cada estadio de desenvolvimento, favorece a maturidade, o consciente em busca de maior equilíbrio e estabilidade do outro, promove o processo de desenvolvimento, e portanto, transacional da profissão.

Por projeto, entende-se um plano de trabalho, organizado para a resolução/estudo de um problema, foco de interesse e preocupação para quem o realiza, pelo que este capítulo se encontra estruturado segundo as 5 fases da MTP, diagnóstico de situação e objetivos (estágio I), planeamento do projeto (estágio II) realizados no serviço supracitado e execução, avaliação e divulgação (estágio III), também na UGP e noutros locais onde fizemos estágios de observação.

2.1. Diagnóstico de Situação

É a primeira fase da MTP, na qual se identifica o problema, recorrendo ao uso de instrumentos de colheita e análise de informação. No entanto, enquanto conceito mais alargado, importa também analisar em termos de prognóstico do problema para o futuro, determinar as causas e os fatores de risco que condicionam a existência do problema, ou seja, analisar o contexto social, económico e cultural em que o mesmo está inserido, bem como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes (Ruivo *et al.*, 2010).

Após a identificação do problema real é possível desenhar as próximas fases do projeto de forma a dar resposta adequada ao problema identificado, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O projeto escolhido integra-se na área de intervenção da pessoa em situação NC que recorre à UGP e que dada a sua situação clínica e pela sua instabilidade é assistido na SE. A pessoa transita de um estado de saúde para um estado de doença, ou agravamento desta, podendo estar perante duas situações possíveis: a pessoa que necessita de cuidados e evolui no sentido da recuperação total ou parcial da doença, readquirindo *à posteriori* o equilíbrio ou a pessoa que preenche critérios que podem evoluir no sentido de constituir um potencial dador de órgãos/tecidos, necessitando todos os cuidados inerentes e exigidos de forma ao sucesso do transplante. Esta última perspetiva foi a considerada mais pertinente a ser desenvolvida neste trabalho.

A razão da escolha, prende-se com o investimento feito durante todo o percurso profissional, permitindo de alguma forma relacionar os conhecimentos adquiridos nos cuidados intensivos (CI), aliando-os aos cuidados prestados nas SE do referido serviço onde exercemos funções desde há quase 10 anos. A escolha do tema resultou de um interesse pessoal pela pessoa em situação crítica. À semelhança da UCI, consideramos que a SE é o local adequado para assumir a responsabilidade integral dos cuidados a estas pessoas, com disfunção orgânica, permitindo a prestação de cuidados globais e especializados, com recursos humanos e meios diferenciados de forma a responder às necessidades das pessoas. Acima de tudo escolhemos uma temática em que pudéssemos aperfeiçoar e adquirir competências que fossem de encontro ao nível académico a que nos propusemos. Para além de constituir uma área de especial interesse pessoal, considerámos existir uma lacuna nesta temática que vem de encontro ao tema da doação de órgãos e tão necessária nos dias de hoje, dada a sua escassez. Na nossa perspetiva, o tempo de espera

por um transplante, constitui um problema de saúde pública, que condiciona a vida pessoal, familiar, profissional, social e económica daqueles que aguardam por um transplante, pelo que decidimos desenvolver o trabalho final de Mestrado na área da doação/colheita de órgãos. É um problema sempre atual e com diferentes níveis de desenvolvimento quer na Europa quer no Mundo.

Sendo o enfermeiro um elemento integrante da equipa multidisciplinar, consideramos fundamental que este esteja apto a atuar, utilizando todas as suas competências, saberes teórico-práticos, mas também a sua vertente humana e de relação com o outro que se encontra num momento de sofrimento e de crise.

Ainda noutra perspetiva, mais que os custos inerentes ao transplante, importa despertar para a emergência da sua realização e o quanto os enfermeiros são corresponsáveis pelo sucesso e o insucesso deste, pois está diretamente relacionado com a identificação precoce do potencial dador e com os cuidados que são prestados durante a manutenção deste. “*O transplante mais caro é aquele em que se perde o órgão!*” (Macário, 2014, p. 3). Desta forma e perante a complexidade da situação, são exigidas aos enfermeiros competências mais específicas, na área da identificação, da comunicação, da tomada de decisão clínica e ética, com conhecimentos interdisciplinares e que configura com a de Enfermeiro Especialista e que concorre com as competências esperadas de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para além disso, o tema apresenta-se com um cariz social dado que todos somos potenciais dadores se não estivermos inscritos no RENNDA conforme presente na Lei 12/93, art.º 11º, bem como potenciais recetores, mas também com cariz de cidadania dado que o transplante é o único tratamento que requer a participação da sociedade para ser plenamente desenvolvido, dado que só existe transplante se houver doação.

2.1.1. Definição Geral do Problema e sua Análise

Como considera Fortin (2009), esta é a fase em que se procura um domínio de investigação de interesse ou preocupação para o investigador e por consequência exige uma explicação e uma compreensão do fenómeno.

Apesar da recuperação da pessoa em situação NC ser uma hipótese, a situação mais relevante para este trabalho, prende-se com as alterações irreversíveis que podem ocorrer, constituindo desta forma um potencial dador em MC. Assim de acordo com a

MTP, procurou estudar-se o problema da ausência de visão precoce de cuidados à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, através de uma investigação e de uma ação interventiva, no sentido de desenvolver espírito crítico, raciocínio rigoroso, criação de hábitos de estudo, procura de informação, iniciativa pessoal, crítica documental, análise, exploração e criação de alternativas.

Sendo a pessoa com patologia NC aquela que apresenta doença do sistema nervoso central (SNC) ou periférico (SNP), primário ou secundário, que requer monitorização e/ou terapêutica intensiva, com potencial risco de vida ou de função do órgão, conforme definido no procedimento multissetorial *Triagem e assistência aos doentes neurocríticos* (TRC 127, 2014), a SE da UGP surge como uma segunda linha de cuidados. Desta forma, sendo esta constituído por 4 SE devidamente equipadas a fim de rececionar pessoas em situação NC e eventualmente com lesões encefálicas irreversíveis que podem constituir potenciais dadores de órgãos/tecidos, torna-se fundamental que toda a equipa de enfermagem que ali desempenha funções esteja apta a integrar a equipa multidisciplinar. Importa que os enfermeiros participem ativamente na avaliação e acompanhamento destas pessoas, com conhecimentos técnicos e científicos que passam pela receção, estabilização e encaminhamento, à semelhança do que está preconizado no referido procedimento, aplicado à UGP e às UCIs. Torna-se fundamental uniformizar a atuação ao longo de todo o circuito desde a sua admissão na UGP até à transferência para a UCI neurocríticos, como forma de rentabilizar recursos e redução da morbi-mortalidade destes doentes. Conforme o Guia de Boas Práticas no processo de doação de órgãos (ONT, 2011) a existência de um programa orientado especificamente para o tratamento de pacientes neurocríticos melhora a efetividade na transferência de possíveis dadores para as UCIs, para além de ações de formação em matéria de doação e transplante dos profissionais que cuidam de pessoas em situação neurocrítica.

Por outro lado, dos dados obtidos em 2012, verifica-se um número considerável de pessoas com patologia do foro NC entrados nas SE, podendo constituir potenciais dadores de órgãos/tecidos, o que corrobora a pertinência desta temática (Grupo de Trabalho de Emergência da UGP, 2013).

Apesar da experiência dos enfermeiros da UGP na abordagem à pessoa em situação NC, seja ele do foro médico ou cirúrgico, constata-se uma reduzida experiência em CI e de muitos enfermeiros recém chegados, mas também um número reduzido destas

pessoas, recebidas nas SE com estas necessidades. Desta forma, o sucesso na identificação e na manutenção pode ser posto em causa trazendo possíveis implicações para o transplante, dada a pouca experiência na abordagem. Tal facto constitui uma preocupação acrescida uma vez que a falha na identificação e a desadequada manutenção é considerada como uma das fontes de perda de dadores, pelo que se admite que uma abordagem sistematizada e baseada na evidência, possa aumentar o número de órgãos doados e a qualidade e a efetividade do transplante.

No entanto, a equipa da UGP é jovem, preocupada com a qualidade dos cuidados que diariamente são prestados, centrando o seu foco principal na pessoa e na família/pessoa significativa, o que a torna bastante recetiva a medidas que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Por outro lado, em termos evolutivos verificou-se que de 2005 a 2009 houve uma subida no que respeita às taxas de dadores de órgãos em MC em Portugal, seguida de uma redução da mesma até 2012. Apesar de em 2013, se constatar uma recuperação substancial, em 2014 houve nova descida, embora significativa. 2015 destaca-se pela subida destes dadores⁵. Deste modo, a pertinência do tema prende-se também com a notória desproporção entre a emergência de transplantes de órgãos e o número real de transplantes realizados, o que se traduz, como refere Westphal *et al.* (2011), num grande problema de saúde pública, pelo que o reconhecimento da morte encefálica, a adequada abordagem da família e a manutenção clínica do dador falecido são fundamentais para a diminuição desta desproporção, só possível através de uma formação especializada, pois “*está claramente associado à redução de perdas de dadores e ao aumento da qualidade e da efetivação de transplantes*” (Westphal *et al.*, 2011, p. 255).

No que se refere às SE nas unidades de urgência hospitalares, também a OMS (2009) recomenda a normalização dos procedimentos nestas salas, de modo a promover a eficiência e a eficácia dos procedimentos realizados às pessoas em situação crítica. Uma clarificação do papel do enfermeiro e uma normalização dos procedimentos em situação de emergência, poderão contribuir para facilitar a articulação em equipa e para promover uma maior aceitação dos insucessos terapêuticos e o lidar com o erro, o que vem ao encontro dos nossos objetivos (OMS, 2009). Assim, parece crucial a abordagem do procedimento setorial *Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente* (TRC 1415, 2012) que visa a

uniformização e a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, bem como descrever as práticas à pessoa doente e à sua família/pessoa significativa na UGP. Este procedimento setorial tem data prevista para nova edição em 2015. Para além disso, o referido procedimento vem corroborar a perspetiva da abordagem nas SE.

Paralelamente ao supracitado, podem surgir implicações várias, nomeadamente para a pessoa e sua família, no que respeita à segurança e à qualidade dos cuidados prestados; para os enfermeiros, dada a complexidade que envolve a doação e o transplante, podendo gerar sentimentos como a insatisfação, a inutilidade e má prática; para a própria instituição que deve zelar pela qualidade dos cuidados e pelos custos associados à má prática e para a sociedade, inviabilizando mais transplantes o que significa mais pessoas em lista de espera por um órgão/tecido.

Tendo Portugal, à semelhança de tantos outros países no Mundo, adotado o regime de consentimento presumido, de forma a combater a escassez de órgãos, não se percebe porque continua com taxas de colheitas tão abaixo do desejado, principalmente quando comparado com outros países, como o caso de Espanha. Apesar de ocuparmos a 5ª posição a nível Mundial, no que respeita ao número de dadores cadáveres, verifica-se ainda uma grande diferença quando comparado com os restantes, principalmente Espanha, que ocupa a 1ª posição⁵.

Como referiu, Maria do Céu Patrão Neves, no discurso de abertura no colóquio dedicado à Doação e Transplantação de Órgãos em 2006, nos países em que se realizou uma campanha de informação da população, obtiveram-se taxas elevadas de colheitas e consequentemente de transplantes, logo de vidas salvas. Esta sensibilização não foi apenas importante para aumentar as taxas de colheitas em cadáveres, mas constituiu uma forma de estimulação para a doação em vida de tecidos regeneráveis, como a medula e os órgãos duplos, que implica uma doação consciente, assumida, voluntária e absolutamente gratuita. Esta questão remonta-nos para a aceitação e compreensão da situação como uma transição, um processo de mudança nos estados de desenvolvimento da vida, das alterações circunstanciais de saúde e sociais, bem como das respostas das pessoas e da sua família/pessoa significativa a essa mudança, de acordo com a Teoria de Meleis (2011). Os cuidados que são prestados à pessoa, visam a doação efetiva e assim permitir que aquele que espera por um transplante proceda à transição, readquirindo o equilíbrio. No que respeita à família/pessoa significativa, o enfermeiro tem um papel fundamental no

acompanhamento, que visa a adaptação e a definição de estratégias, sendo um importante recurso mobilizador, facilitador e estimulador, de forma a ajudá-los a vivenciar o processo de transição da melhor forma possível e assim recuperar o nível ótimo de bem estar.

Identificado o problema, procedeu-se à sua apresentação à professora orientadora, enfermeiro orientador do estágio e à enfermeira chefe de serviço, que consideraram pertinente, mostrando-se recetivos para colaborar. Em seguida, procedeu-se à análise das estratégias mais adequadas no sentido de se adquirir um conhecimento mais específico das necessidades reais da população alvo, tendo-se concluído ser mais adequado o recurso a uma abordagem descritiva na medida em que este, *“visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência numa dada população ou categorizar a informação”* (Fortin, 2009, p. 34). Existem inúmeros métodos ao alcance de quem recorre à MTP para a colheita de dados, como a observação, as entrevistas, os questionários etc (Ruivo *et al.*, 2010). Quando se opta por determinados métodos em detrimento de outros, há que ter em conta a sua adequação ao problema, daí a importância de se ter refletido primeiramente na temática e só posteriormente escolhido as ferramentas (Fortin, 2009).

Neste sentido, optou-se pela entrevista, que como refere Ruivo *et al.* (2010, p.14), *“é um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou de necessidades, e até maior conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e pertença a um grupo”*. De uma forma mais específica Fortin (2009, p. 376) refere que *“o investigador recorre à entrevista semi dirigida nos casos em que deseja obter mais informações particulares sobre um tema”*. É utilizada principalmente em estudos qualitativos, em que se pretende compreender o significado de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos entrevistados. Assemelha-se a uma conversa informal. *“O entrevistador determina uma lista de temas a abordar. Formula questões respeitantes a estes temas e apresenta-os ao respondente numa ordem que ele julga apropriada”* (Fortin, 2009, p. 377).

Trata-se assim, de um estudo qualitativo dado que não se pretende contar o número de vezes que uma variável aparece, mas na qualidade que ela apresenta. Permite trazer respostas para a pesquisa que se está a realizar, baseada em significados e interpretações daqueles que vivenciaram um determinado processo e contexto (Dell Agnolo *et al.*, 2009). Como refere Fortin (2009, p. 27) a investigação qualitativa *“tem por objetivo compreender os fenómenos tal como eles se apresentam no meio natural; que*

considera o assunto de estudo sob um amplo ponto de vista; que recolhe dados não requerendo nenhuma qualificação, tais como os que provêm da entrevista, da observação e da recolha de documentos; que tem em atenção a natureza qualitativa das coisas mais do que o seu aspeto mensurável e que conduz à exposição de um relato ou à reformulação de uma teoria”. Visa descrever e interpretar, mais do que avaliar. Assim, “ *o investigador escolhe um fenómeno, estuda-o em profundidade, no seu conjunto, reúne e liga várias ideias entre si, a fim de construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo*” (Fortin, 2009, p. 31).

Logo, no sentido de identificar a problemática, e sob supervisão da professora e enfermeiro orientador realizaram-se entrevistas semi dirigidas, como ferramenta de diagnóstico a 12 enfermeiros peritos na área, a exercer funções na UGP do Hospital X, responsáveis pela chefia, gestão e prestação de cuidados diretos, no período de 16 a 22 de Março de 2015, sendo assim uma amostra não probabilística, dado que nem todos os elementos da população tiveram a mesma probabilidade de integrarem a amostra e do tipo accidental ou de conveniência, uma vez que a escolha dos indivíduos se deveu à sua presença num determinado local e numa determinada hora, com critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

Como critérios de inclusão da amostra definiu-se que todos deveriam ter o Título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como critérios de exclusão, os enfermeiros que nunca prestaram cuidados nas SE e a pessoas identificadas como potenciais dadoras de órgãos/tecidos. Foram feitas questões relativas aos conhecimentos e à prática dos restantes enfermeiros a estas pessoas, de acordo com a sua perceção, mas também relativo aos aspetos considerados mais e menos positivos e que deveriam ser melhorados através de propostas concretas. Foram explicados os objetivos e garantido o anonimato dos entrevistados, que o fizeram de livre vontade. O conhecimento prévio da maior parte dos enfermeiros e o facto de sermos um elemento do serviço, demonstrou serem fatores facilitadores para a realização das entrevistas, de forma mais descontraída.

Dos resultados obtidos, foi unânime a opinião sobre a pertinência do tema, destacando-se a ideia global da necessidade de uma identificação precoce de potenciais dadores. A sensibilização dos enfermeiros para esta temática, bem como a necessidade de formação nesta área surgiu referido tanto por enfermeiros da gestão como da prática, tendo como fatores responsáveis o reduzido número destas pessoas, bem como a pouca

experiência dos enfermeiros da UGP em CI. Para os enfermeiros responsáveis pela gestão, existe uma lacuna relativamente à envolvimento/comunicação com a família/pessoa significativa, pelo que a abordagem desta deveria ser feita precocemente, logo no início do processo. Apesar de reconhecerem, os conhecimentos e a experiência dos enfermeiros na SE, a maioria considerou que seria importante aferi-los e sistematizá-los para este caso em particular. Por outro lado, o reduzido apoio médico, foi identificado como uma dificuldade sentida, por parte dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos. Os rácios pouco adaptados (1:1) às exigências impostas por estas pessoas em termos de cuidados, foram igualmente referidos pela maioria. Para além da necessidade de uma abordagem baseada em CI, apenas foi feita referência à necessidade da elaboração de balanços hídricos rigorosos, como cuidados a prestar a estas pessoas. Por outro lado, no que respeita às etapas do processo de manutenção, os enfermeiros apenas referiram a identificação precoce e o acompanhamento/comunicação com a família/pessoa significativa, o que demonstra claramente a importância da realização de formação e atualização dos conhecimentos no que respeita a esta temática dos cuidados à pessoa em situação NC potencial dadora de órgãos/tecidos. Assim, uma vez sustentada por todos, a problemática como real e o projeto como necessário e potenciador de reflexão individual da prática e de uma melhor atuação no terreno, foi possível a recolha dos dados fundamentais para a elaboração do diagnóstico.

À semelhança do que referem Jelinek *et al.* (2012) na área da emergência é necessária formação sobre doação de órgãos e tecidos, principalmente após a paragem cardíaca, na manutenção do dador em MC e na abordagem à família. Para além disso, Neate *et al.* (2012) referem que a reduzida referenciação se deve à falha na identificação do potencial dador, principalmente na emergência, o que os levou a desenvolver um sistema de identificação destes na emergência e nos CI.

Por outro lado, também foi realizada uma análise de SWOT (Apêndice 1), escolhida pela sua simplicidade e adaptação a diversos cenários, no sentido de permitir levantar dados importantes, relativos ao problema identificado, que caracterizam o ambiente interno (forças e fraquezas) e o ambiente externo (oportunidades e ameaças), com vista ao planeamento de estratégias. Trata-se de um instrumento utilizado quer para a elaboração de diagnóstico quer para a análise organizacional e que ajuda a refletir, o que

permite planejar projetos para o futuro e estratégias a serem seguidas, partindo de fatores positivos e negativos (Ruivo *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2007).

Os problemas parcelares identificados enquadram-se na pouca experiência na prestação de cuidados a pessoas potenciais dadores de órgãos/tecidos bem como em CI, à dificuldade na manutenção do rácio enfermeiro-doente face às necessidades em cuidados, à renitência da classe médica na “aceitação” destas pessoas, o que dificulta o recurso por parte dos enfermeiros, em caso de necessidade perante as exigências impostas pelas mesmas, ao risco de desmotivação da equipa de enfermagem, por se traduzir em trabalho acrescido e pela exaustão física e psicológica desta classe.

Como prioridades, dada a pouca experiência na prestação de cuidados à pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos pelos enfermeiros da UGP, optou-se por formação dirigida, sobre a temática sensibilizando-os, bem como à classe médica.

2.1.2. Definição dos Objetivos

Após a clarificação do problema organizacional formularam-se os objetivos que vão do geral aos específicos e que orientaram o projeto nas suas diferentes fases. Os objetivos apontam-nos para os resultados que se pretendem alcançar, com vista ao planeamento de ações para cada objetivo identificado. Assim definiu-se como:

Objetivo geral:

- Capacitar para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global e norteada.

Objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE.

- Atualizar o procedimento setorial *Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente* para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

- Divulgar o conteúdo do procedimento setorial atualizado na UGP de forma a contribuir para as boas práticas.

2.2. Planeamento do PIS

O Planeamento é a terceira fase do ciclo de vida do projeto, em que é elaborado um plano detalhado deste, cobrindo as várias vertentes da gestão: calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidades, mas também limitações condicionantes do próprio trabalho e que dizem respeito aos objetivos previamente definidos (Miguel, 2006). Assim, com vista à consolidação do planeamento do projeto, procedeu-se à sua programação, definindo-se as atividades e as estratégias a desenvolver, de forma a dar resposta aos objetivos identificados anteriormente, ponderando a duração, os custos e os requisitos materiais, que constituem os recursos, bem como os respetivos indicadores de avaliação, os constrangimentos previstos e a forma de os ultrapassar e o cronograma.

2.2.1. Definição de Atividades, Estratégias e Meios

A atividade é o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto (...) possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos (Ruivo *et al.*, 2010, p. 20). As estratégias estão diretamente relacionadas com a utilização adequada dos recursos existentes. Os meios relacionam-se com os recursos, podendo estes serem meios humanos, materiais, técnicos e financeiros e são responsáveis pela conclusão das atividades do projeto e a sua escolha fica ao critério do investigador. Assim, para além das atividades/estratégias projetadas para cada um dos objetivos traçados para o PIS (Apêndice 2), definimos também objetivos para cada atividade que permitissem conhecer melhor o contexto atual da temática e procedemos à elaboração de um cronograma (Apêndice 3) de forma a sistematizar as atividades a desenvolver com as datas de início e fim de cada uma.

Assim, relativamente ao objetivo específico, **desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE**, optámos por realizar o percurso habitual da pessoa nestas circunstâncias, pelo que planeámos:

1. Realizar uma revisão bibliográfica ao longo dos 3 estágios de forma a aprofundar conceitos, práticas, questões éticas e legais associadas ao tema.

2. Frequentar o curso *O essencial na doação de órgãos*, no dia 8 de Maio de 2015, considerado pelos peritos na área como muito abrangente e importante. Como objetivo geral, planeámos adquirir conhecimentos na área da doação de órgãos e tecidos.

Como objetivos específicos planeámos:

- Conhecer os trâmites legais da doação de órgãos e tecidos.
- Consolidar a teoria já adquirida com os casos práticos e a informação transmitida.
- Adquirir conhecimentos na área da deteção, identificação e avaliação clínica do potencial dador.
- Desenvolver conhecimentos relativos à manutenção do potencial dador e a abordagem à família.
- Perceber a organização da colheita e os sistemas de alocação.

3. Frequentar o XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, entre os dias 10 e 12 de Maio de 2015 em Lisboa. Como objetivo geral planeámos enriquecer a capacidade interventiva, na área da medicina intensiva, promovendo qualidade nos cuidados prestados. Como objetivos específicos planeámos:

- Perceber novas abordagens à pessoa em situação crítica.
- Conhecer novas realidades e novas práticas em enfermagem na área da doação de órgãos e tecidos e da manutenção da pessoa em MC numa UCI.
- Conhecer o processo da colheita de órgãos em dadores com coração parado a nível internacional.

4. Frequentar o Curso *Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência*, no dia 4 de Junho de 2015. Como objetivo geral, planeámos desenvolver conhecimentos na área da gestão em situação de crise em urgência/emergência. Como objetivos específicos planeámos:

- Aperfeiçoar a gestão em cenários de crise em urgência/emergência.
- Prestar cuidados atempados à pessoa de forma a evitar o agravamento.
- Desenvolver competências de comunicação e liderança em situações de urgência/emergência.

- Gerir recursos/ documentos/informação de forma a prevenir e minimizar os fatores de risco.

5. Frequentar o III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica nos dias 5 e 6 de Junho de 2015, em Coimbra. Como objetivo geral planeámos desenvolver conhecimentos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como objetivos específicos planeámos:

- Aprofundar os conhecimentos em gestão dos cuidados em emergência e em fim de vida/paliativos.
- Consolidar conhecimentos relativos à colheita de órgãos em coração parado, falência orgânica, manutenção do potencial dador, transplantação, bem como o seu enquadramento legal e ético.
- Compreender a atuação do Enfermeiro Coordenador do GCCT.

6. Realizar estágio de 16 horas com o enfermeiro do Gabinete de Doação de órgãos e tecidos no Hospital Y entre os dias 28 de Setembro e 4 de Outubro de 2015, por ser um hospital integrante da rede do hospital X. Como objetivo geral planeámos aprofundar conhecimentos na área da doação de órgãos/tecidos. Como objetivos específicos planeámos:

- Compreender a atuação do enfermeiro.
- Perceber como se realiza a articulação com o GCCT de outro hospital.
- Perceber como se processa a articulação com o SU.

7. Realizar estágio de 16 horas no GCCT no Hospital Z de 5 a 11 de Outubro de 2015, por considerarmos que o processo de colheita de órgãos é um procedimento complexo que requer um trabalho organizado e minucioso para que sejam garantidos não só os órgãos para transplante, mas também a sua qualidade. Como objetivo geral planeámos desenvolver conhecimentos na área da doação de órgãos/tecidos. Como objetivos específicos planeámos:

- Conhecer a dinâmica do GCCT.
- Observar a dinâmica do enfermeiro coordenador na identificação, consulta do RENNDA, abordagem à família e articulação com a equipa multidisciplinar.

- Perceber como se processa a articulação com o SU.

8. Realizar estágio de 16 horas num GCCT de um Hospital em Barcelona a fim de proporcionar uma visão mais alargada dado tratar-se de um dos países de referência em doações e transplantes, entre os dias 12 e 18 de Outubro de 2015. Como objetivo geral planeámos aprofundar os conhecimentos na área da identificação e manutenção de potenciais doadores de órgãos e tecidos e colheita dos mesmos. Como objetivos específicos planeámos:

- Compreender o processo de deteção, identificação e avaliação dos possíveis doadores de órgãos/tecidos em MC.
- Perceber o papel do enfermeiro na identificação de possíveis doadores em MC.
- Compreender a dinâmica intra e extra-hospitalar relativamente à doação de órgãos e a atuação do enfermeiro nesse processo.
- Observar a abordagem à família do potencial dador por parte de médicos e enfermeiros.
- Observar os cuidados de enfermagem na manutenção da pessoa em MC.
- Apreender o processo de colheita de órgãos em coração parado.

9. Realizar estágio de 16 horas no GCCT do hospital X, entre 26 e 31 de Outubro de 2015, à semelhança do referido no ponto 7. Como objetivo geral planeámos melhorar competências na área da doação de órgãos e tecidos. Como objetivos específicos planeámos:

- Aprofundar o conhecimento sobre normas, diretrizes legais relativas à doação.
- Conhecer o circuito aquando da tomada de conhecimentos de um possível dador pelo enfermeiro do GCCT e do CHD.
- Perceber como é feita a abordagem à família.
- Compreender a consulta do RENNDA.

10. Realizar estágio de 16 horas na UCIN do Hospital X entre 2 e 8 de Novembro de 2015, pela especificidade de pessoas deste tipo de unidade, potenciadoras de melhores oportunidades de aprendizagem e de cuidados altamente diferenciados. Para a DGS (2003, p. 6) as UCIs são *“locais qualificados para assumir a responsabilidade*

integral pelos doentes com disfunção de órgãos. Suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Como objetivo geral planeámos, desenvolver conhecimentos na área da manutenção do potencial dador de órgãos e tecidos. Como objetivos específicos planeámos:

- Aprofundar conhecimentos relativamente aos cuidados de enfermagem na manutenção do potencial dador na UCI.
- Perceber as etapas desde a receção da pessoa na UCI até à transferência para o BO.
- Perceber como é feita a articulação com a família e com o GCCT.
- Observar a atuação da equipa multidisciplinar.

Considerou-se que este percurso permitiria perceber o trajeto realizado desde a entrada destas pessoas na UGP até chegar o momento da colheita, sendo que para além dos já referidos, pretendemos também dar continuidade ao estágio na referida urgência do Hospital X no 3º Semestre, a fim de permitir a conclusão do projeto e o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No que respeita a esta última planeamos realizar um estágio de 16 horas com a Enfª Chefe de Equipa e de Gestão na UGP entre 16 e 18 de Novembro.

Com vista ao objetivo específico, **atualizar o procedimento setorial *Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados***, planeámos:

- Fazer uma revisão da literatura, pesquisando *guidelines* atuais e protocolos de atuação já implementados, artigos científicos, ao longo dos 3 estágios.
- Orientar o projeto com base na consulta feita aos especialistas, aquando do diagnóstico de situação, entre 16 de Março e 19 de Abril de 2015, relativamente a esta temática.
- Reformular o procedimento setorial com base nas referências bibliográficas encontradas, entre 27 de Setembro e 15 de Novembro de 2015.
- Submeter o procedimento setorial a análise por parte de peritos entre 1 e 6 de Dezembro de 2015.

- Proceder à segunda reformulação do procedimento setorial após a análise dos peritos, entre 7 e 20 de Dezembro de 2015.

No sentido do objetivo específico, **divulgar o conteúdo do procedimento setorial atualizado na UGP de forma a contribuir para as boas práticas**, planeámos:

- Elaborar o plano de sessão formativa a 1 de Janeiro de 2016.
- Elaborar a sessão formativa entre 4 e 10 de Janeiro de 2016.
- Proceder à divulgação da sessão formativa a partir de 1 de Janeiro de 2016.
- Realizar uma sessão formativa na UGP e avaliá-la entre 11 e 17 de Janeiro de 2016.
- Recorrer a casos práticos, caso surjam, na prática do dia-a-dia de 11 a 31 Janeiro de 2016.
- Elaborar e afixar um poster com o procedimento setorial atualizado de 18 a 24 de Janeiro de 2016.

Assim em termos de planeamento, pretendeu-se no I e II estágio, das 167 horas de contacto em estágio, utilizar 109 horas no local onde se desenvolveu o PIS e 58 horas fora deste. No estágio III, das 332 horas de contacto direto, pretendeu utilizar-se 252 horas no local onde se desenvolveu o PIS e 80 horas fora deste. Em termos financeiros planeou gastar-se cerca de 1500€ em deslocações e alojamento para fora de Lisboa, pelo que foi solicitado apoio ao Gabinete de Apoio à Investigação.

Relativamente aos recursos humanos essenciais para a realização deste projeto temos: Professora Orientadora; Enfermeira Chefe de Serviço, Enfermeiro Especialista Orientador do mesmo serviço, Enfermeiros Especialistas, Enfermeira Chefe de Equipa, Enfermeira da Gestão e equipa multidisciplinar da UGP; Enfermeira Especialista da UCI NC; Enfermeira Chefe, Enfermeiros Coordenadores da colheita e transplantação e equipa multidisciplinar do GCCT dos Hospitais X, Z e de Barcelona bem como do enfermeiro Especialista e da equipa multidisciplinar do Gabinete de Doação e de órgãos e tecidos do Hospital Y; Bibliotecária e Responsável pelo Gabinete de Apoio à Investigação do Hospital X, dado que necessitamos da articulação de todos os recursos, para que o projeto esteja de acordo com o objetivo do mesmo, cumprindo os requisitos da IPS/ESS, para além de conseguirmos obter os contributos científicos e profissionais necessários para a construção de um projeto exequível e válido.

Os recursos materiais considerados necessários foram um computador com ligação à internet, VPN do IPS e a plataforma informática do Hospital X, para a pesquisa bibliográfica, para orientação do projeto e para o envio dos documentos, software de edição de texto (Microsoft Office) para a construção de documentos escritos e impressora com papel e tinteiro para a impressão dos documentos escritos indispensáveis ao projeto, para além de permitir aceder à documentação do hospital (Normas e Procedimentos de Orientação Clínica). Objetivou-se também necessário, papel e caneta para fazer todos os apontamentos fundamentais e data show para a projeção das sessões de formação.

2.2.2. Indicadores de Avaliação

Os indicadores de avaliação, permitem avaliar a eficácia do projeto, pelo que foi definido para cada objetivo traçado, mais que um indicador, na maioria dos casos (Apêndice 2). Os indicadores avaliativos basearam-se na presença nos locais de estágio, na frequência/presença nas ações formativas, no relatório de estágio, no procedimento setorial atualizado, no plano de sessão realizado relativamente à temática em estudo, na percentagem de enfermeiros da UGP presentes na sessão formativa que planeámos que fosse de 80% e no poster elaborado com o procedimento setorial atualizado.

2.2.3. Previsão dos Constrangimentos e Forma de os Ultrapassar

Os constrangimentos que se previram, passaram pela dificuldade no estabelecimento da comunicação em Espanhol, desânimo e cansaço dos enfermeiros e que poderiam levar à desmotivação, férias da equipa de enfermagem, custos associados ao Congresso em Coimbra, ao estágio em Barcelona e no Porto e um calendário escolar apertado.

Assim, considerados os constrangimentos previstos, as estratégias encontradas passaram por antecipar a ida para Barcelona de forma a praticar um pouco o Espanhol, recorrer a um dicionário de bolso e à utilização do Google tradutor; abordagem periódica do tema junto dos enfermeiros da UGP, bem como dos objetivos pretendidos, levando à reflexão antecipada e ao interesse destes, relativamente à temática. De forma a abranger o maior número de enfermeiros e médicos, considerou-se pertinente realizar as sessões de formação no turno da manhã, durante 5 dias. Para fazer face aos custos inerentes às deslocações a Coimbra, Barcelona e Porto, foi solicitado apoio junto do Gabinete de Apoio

à Investigação do Hospital X. Perante as diversas atividades que se pretendiam desenvolver e dado o reduzido tempo para cumprir a calendarização escolar, optou por se organizar um cronograma rigoroso das atividades, adaptado às necessidades, de forma a atingir os objetivos traçados. Para além disso, foi exigida uma elevada capacidade de gestão de tempo e organização pessoal.

2.3- Execução/Avaliação

A parte de execução da metodologia de projeto baseia-se na materialização de tudo o que foi planeado, sendo que apesar de ser a mais trabalhosa é a mais proveitosa, do ponto de vista de Nogueira, citado por Ruivo *et al* (2010). São esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagens, resolução de problemas e desenvolvimento de competências. Neste sentido, considerámos pertinente que a avaliação fosse feita em simultâneo dado que implica uma reflexão sobre os ajustes a fazer, avaliar se as respostas encontradas respondem à problemática inicial, identificar pistas para trabalhos futuros, bem como realizar uma introspeção sobre o percurso desenvolvido, as expectativas, as aquisições e os seus erros de forma a identificar estratégias para eliminar/minimizá-los. Enquanto processo dinâmico, a avaliação implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos, devendo por isso ser rigorosa, como refere Nogueira, citado por Ruivo *et al.* (2010).

Relativamente ao objetivo específico, **desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE**, realizámos uma revisão bibliográfica ao longo dos 3 estágios em que foi possível aprofundar conceitos, práticas, questões éticas e legais associadas ao tema. Dada a falta de participantes não tivemos oportunidade de frequentar o curso *O essencial na doação de órgãos*. Estivemos presentes no XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, entre os dias 10 e 12 de Maio de 2015 (Anexo 5) em Lisboa, onde para além de assistimos ao testemunho de algumas experiências na área da catástrofe e do recurso a novos produtos, assistimos à forma como é feita a colheita de órgãos em Espanha em PCR, com um custo de 100€. Frequentámos o Curso *Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência*, no dia 4 de Junho de 2015 (Anexo 6), que permitiu praticar técnicas de gestão neste tipo de situações, bem como a importância desta. Estivemos presente no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica nos dias 5 e 6 de Junho de 2015, em

Coimbra (Anexo 7), onde assistimos à apresentação de diversos trabalhos que estão a ser desenvolvidos na área da pessoa em situação crítica e crónica bem como à apresentação dos GCCT do Porto e Lisboa, por parte dos seus Coordenadores de colheita e transplantação e que teve um encargo económico de 265€.

Partindo de todo o conhecimento prático já adquirido ao longo da nossa carreira profissional e procurando experiências que nos tornassem enfermeiras peritas nesta área, escolhemos locais muito específicos para a realização dos estágios. Realizámos estágio de observação de 16 horas com o Enfermeiro do Gabinete de Doação de órgãos e tecidos no Hospital Y nos dias 28 e 29 de Setembro e 1 de Outubro de 2015, onde para além de termos contacto com toda a dinâmica do gabinete e das funções desempenhadas por este (Apêndice 4), assistimos à VIII Reunião da colheita de órgãos e transplantação renal (Anexo 8).

Realizámos estágio de observação de 15 horas no GCCT no Hospital Z a 6 e 7 de Outubro de 2015. A sua escolha prendeu-se com o facto do Coordenador de colheita e transplantação ser enfermeira, com quem contactámos e nos mostrou o funcionamento do Gabinete, do Banco de Córneas, como e por quem é feita a receção das pessoas em situação neurocrítica no SU e na UCI, bem como a dinâmica com os profissionais da instituição e da equipa da colheita de órgãos (Apêndice 4). Os custos associados a este estágio foram de 200€.

O estágio de observação de 28 horas no GCCT do Hospital X, realizou-se nos dias 19, 21, 27 e 28 de Outubro, um Gabinete que tem igualmente como Coordenador de colheita e transplantação uma enfermeira, que nos disponibilizou toda a informação sobre a dinâmica deste, as infraestruturas, os protocolos assinados com outras instituições e nos permitiu acompanhar a equipa de colheita de órgãos e tecidos em 2 cirurgias. Tivemos oportunidade de colaborar com os enfermeiros e apreender toda a dinâmica de preparação da sala, receção do dador, colheita de órgãos, acondicionamento, armazenamento, colheita de tecidos e preparação do corpo para entrega à família (Apêndice 4).

Também realizámos estágio de 14 horas na UCIN do Hospital X nos dias 2 e 4 de Novembro de 2015, onde tivemos oportunidade de observar e prestar cuidados a um potencial dador de órgãos a aguardar provas de MC, bem como adquirir alguns conhecimentos sobre a avaliação neurológica deste e assistir a 2 provas de MC (Apêndice 4).

Apesar do estágio inicial em Barcelona não ter sido facilitado por falta de receptividade do mesmo, embora com resposta positiva inicial, optámos por explorar outras opções como Madrid, Corunha e outros hospitais em Barcelona. Após um grande esforço, conseguimos um estágio de observação de 36h num Hospital K da Catalunha entre 1 e 4 de Dezembro (Anexo 9), no sentido de conhecer a realidade num país considerado a nível mundial como dos melhores nesta área, onde assistimos ao trabalho desenvolvido num dos GCCT com maior atividade. Ficámos a conhecer o protocolo de dador em coração parado Tipo II (assistolia não controlada) que se relaciona de forma muito estreita com o seu serviço de emergência pré-hospitalar, o que nos levou a considerar pertinente a realização de estágio também nesse mesmo pré-hospitalar e Tipo III (assistolia controlada). Tivemos oportunidade de acompanhar por diversas vezes o Coordenador Hospitalar da doação e da equipa da colheita de órgãos e tecidos em diversas colheitas dentro e fora do hospital. Assistimos a uma extração rápida com bomba de perfusão renal e com circulação extra corporal. Os resultados tornam-se ainda mais relevantes pela legislação em vigor, pelo que procurámos compreender de que forma conseguiam obter tão elevadas taxas de doação e transplantação. Os encargos económicos foram de 750€ (Apêndice 4).

Assim, conforme planeado, nos estágios I e II, as horas no local onde se desenvolveu o PIS e as horas fora deste, foram atingidas na totalidade. No estágio III, das 332 horas de contacto direto, utilizámos 215 horas no local onde se desenvolveu o PIS e 117 horas fora deste. Em termos financeiros gastámos cerca de 1315€, no entanto importa também referir os custos indiretos associados, como o tempo utilizado na formalização dos estágios e as garantias económicas, o tempo e o esforço pessoal abdicado em detrimento destes.

Consideramos que este percurso nos permitiu perceber o trajeto realizado desde a entrada destas pessoas na UGP até chegar o momento da colheita. Para além destes, ao longo dos 3 semestres, demos também continuidade ao estágio na UGP do Hospital X.

Com vista ao objetivo específico, **atualizar o procedimento setorial *Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados***, realizámos uma revisão da literatura, pesquisando *guidelines* atuais, protocolos de atuação já implementados e artigos científicos, ao longo dos 3 estágios,

pesquisando sobre a fundamentação teórica da temática escolhida, descrita no capítulo 1 do presente relatório e que permitiu também justificar a problemática e servir de ponto de partida para a execução do PIS. Foi efetuada através de pesquisa informática de artigos na base B-On e EBSCO, bem como de livros sobre o tema em estudo e realizada a colheita de dados epidemiológicos. Consideramos que o indicador foi cumprido uma vez que foi apresentado material de suporte baseado em dados de maior evidência.

Tivemos por base as entrevistas feitas aos especialistas, aquando do diagnóstico de situação, entre 16 de Março e 19 de Abril de 2015, relativamente a esta temática. Assim no que respeita ao envolvimento dos líderes e peritos na área do cuidado à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos e tecidos, na fase de diagnóstico, envolveu-se a Enfermeira Chefe de Serviço e os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no sentido de identificar a pertinência da temática. O envolvimento da equipa de enfermagem ocorreu ao longo de todo o estágio na UGP e constituiu um meio fundamental para ultrapassar uma eventual resistência à mudança, através da sensibilização para a temática da identificação e dos cuidados ao potencial dador. Havendo uma participação no processo, será mais fácil a motivação para as novas práticas e uma maior satisfação pelo sucesso que se pretende alcançar.

Procedemos à reformulação do procedimento setorial entre 27 de Setembro e 30 de Novembro de 2015 sob orientação e com base nas referências bibliográficas encontradas, adaptado à atualidade e às diretrizes mais recentes, no que respeita à atuação/responsabilidade do enfermeiro que cuida de pessoas em situação NC, potenciais dadores de órgãos/tecidos, nas SE na UGP. A reformulação conduziu a alterações do procedimento setorial 1415 no que respeita a definições e cuidado ao potencial dador e à família e introduziram-se ainda, os cuidados de enfermagem aquando da realização das PMC e 2 fluxogramas explicativos.

Para avaliar a validade do procedimento setorial reformulado recorreu-se à ajuda de peritos, para que estes opinassem sobre quanto um aspeto era mais pertinente ou relevante que outro, uma vez que para Galdeano & Rossi (2006) enfermeiro *expert* (perito) é aquele que possui grande conhecimento e habilidade baseada em estudos e na experiência clínica. Assim, o procedimento setorial foi submetido a análise dos peritos entre 1 de Dezembro de 2015 e 15 de Janeiro de 2016, constituindo uma estratégia, considerada necessária para que este se revele adequado. Por peritos, para além da

Enfermeira Chefe de Serviço e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram considerados relevantes os Enfermeiros Coordenadores do GCCT do Hospital X e um Neurocirurgião, permitindo desta forma uma real adequação do trabalho produzido aos dados da evidência, conferindo a necessária componente científica. No total foram selecionados 30 peritos.

Tendo por base as considerações feitas por estes, de 3 a 31 de Janeiro de 2016, procedeu-se à segunda reformulação do procedimento setorial, tendo em seguida sido submetido à validação final pela enfermeira chefe a 4 de Fevereiro do mesmo ano, aguardando-se o seu avale. Desta forma considerámos que o indicador foi atingido pela apresentação do procedimento setorial reformulado (Apêndice 5).

No sentido do objetivo específico, **divulgar o conteúdo do procedimento setorial atualizado na UGP de forma a contribuir para as boas práticas**, realizámos sessões formativas entre 19 e 21 de Janeiro e entre 2 e 4 de Fevereiro de 2016. Nos conteúdos optámos por expor os conceitos essenciais, as normas legais e as recomendações para os cuidados de enfermagem na identificação, referenciação ao GCCT, PMC, manutenção até à sua saída da UGP para o BO ou UCI e abordagem da família/pessoa significativa (Apêndice 6). A sua elaboração decorreu entre os dias 5 e 15 de Janeiro de 2016. Os planos das sessões, contemplaram o tema, os objetivos, a metodologia, os recursos a usar, o local, a hora e a duração (Apêndice 7), de forma a cumprir o indicador da atividade de elaboração do plano das sessões de formação. A sua elaboração decorreu no dia 10 de Janeiro de 2016. Foram criados dois cartazes informativos e afixados no dia 10 de Janeiro de 2016 (Apêndice 8).

Inicialmente as sessões de formação estavam planeadas para serem em número de 5 (1 para cada equipa), no entanto optou-se por dividir a temática em 2 partes, sendo que cada uma se realizou duas vezes no turno da manhã e durante 3 dias, de forma a englobar o maior número de enfermeiros. Esta alteração prende-se com o facto de que, de acordo com o que estava planeado, tal exigiria uma maior disponibilização em termos de tempo pessoal por parte dos enfermeiros, ao terem que se deslocar ao hospital fora do horário de trabalho ou mais cedo, o que poderia constituir um elemento de desmotivação e pouca adesão por parte destes. Por outro lado, as sessões seriam extensas (hora e meia), com elevado volume de conteúdos, o que contraria o que está definido para a formação de adultos. *“Não se definem, em princípio, limites de duração mínima ou máxima, pois o critério que*

determina essa duração é a correspondência adequada aos objetivos propostos. Para isso há a considerar o volume dos conteúdos a abordar, o seu grau de dificuldade, a importância dos conteúdos, o perfil dos formandos, a forma de organização da formação, a modalidade de formação, sempre que pertinente averiguar a sequencialidade progressiva e coerente articulação com outros módulos e com a globalidade do Curso de Formação” (Rosa, Carreira, Torrado & Carrilho, 2012, p. 131). No nosso entender, a falta de concentração condicionaria a aprendizagem. No total foram realizadas 12 sessões formativas com duração média de 40 minutos. As sessões foram de carácter expositivo e interativo, distintas e únicas, devido à partilha pessoal das experiências vividas e questões colocadas, permitindo a todos uma aprendizagem em equipa. Dado que os enfermeiros trabalham em equipa, considerámos pertinente estender a apresentação à equipa médica, no sentido de os sensibilizar para a importância da temática. Participaram 3 médicos da equipa fixa, sendo que 2 são também chefes de equipa, que consideramos terem um papel fundamental na envolvência da restante equipa médica. O indicador pretendido foi de 80%, pelo que este não foi atingido em resultado dos 60% de enfermeiros presentes nas sessões formativas. O estado de exaustão, o elevado número de formações a decorrer, o elevado número de enfermeiros em integração e a implementação do plano de contingência da Gripe, consideramos terem condicionado os resultados obtidos.

Consideramos que a sessão de formação e a elaboração dos pósteres, foram veículos facilitadores da interiorização da informação e da sensibilização, de forma a promover a reflexão em conjunto, na equipa sobre o papel do enfermeiro nos cuidados ao potencial dador. Pensamos que em simultâneo facilitou a reflexão sobre as medidas corretivas possíveis de aplicar. Pretendemos motivar e envolver todos os participantes no processo, do qual fazem parte, como peças essenciais e para o qual têm a responsabilidade de contribuir ativamente. O trabalho em equipa e uma ótima articulação entre os vários profissionais de ambas as equipas contribui para a prestação de cuidados de saúde de excelência, na ótica da melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Como estratégia de avaliação após a formação, procedeu-se à apresentação de um caso clínico, que foi analisado pelo grupo. Num segundo momento abriu-se espaço para sugestões, onde puderam ser registadas críticas e sugeridas alterações. Para além da avaliação da formação, os enfermeiros também procederam à avaliação do formador, com nota positiva. Constatou-se nos dias seguintes, um interesse pelo tema após a formação,

com a colocação de questões e pela verbalização de práticas alteradas por parte da amostra. Recorreu-se periodicamente ao levantamento de questões junto da amostra aquando de casos pertinentes, no sentido de validar a informação assimilada. Consideramos que a formação foi uma estratégia bem conseguida a nível da aquisição de novas competências, na mudança de comportamentos e para a própria organização. Tendo por base o grupo de trabalho destinado à temática dos cuidados de enfermagem ao potencial dador e à abordagem da família/pessoa significativa, do qual integramos, ficou definido a realização de avaliações periódicas, no sentido de trabalhar as questões relacionadas com o potencial dador.

A sessão foi muito bem aceite pela equipa de enfermagem, pois representa um instrumento de trabalho de fácil consulta e onde estão expressos todos os passos a seguir e todo o material necessário. Na globalidade foi considerada uma temática fundamental e com benefícios para a prática. A registar, o interesse e a expectativa antecipada, por parte de alguns enfermeiros. Dada a manifesta relevância da sessão, por aqueles que não tiveram oportunidade de assistir à 1ª ou à 2ª parte, foram enviados via email, os conteúdos e discutidas algumas questões individualmente. Ficou em aberto a hipótese de apresentar as sessões formativas aos restantes profissionais da instituição e de realizar mais 1 ou 2 sessões na UGP, no sentido de abranger os 40% de enfermeiros que não estiveram presentes nas sessões realizadas.

Após o processo de formação da equipa, foi solicitado à Enfermeira Chefe de Serviço, autorização para anexar os conteúdos expostos ao dossier já existente no serviço relativamente a esta temática.

A elaboração dos pósteres relativos à temática decorreu de 20 a 30 de Janeiro de 2016, tendo sido submetido à chefia para aprovação a 4 de Fevereiro de 2016 (Apêndice 9). Consideramos que o indicador foi atingido pela divulgação da temática, através das sessões formativas e da elaboração dos pósteres com vista à sua afixação, na SE 4.

Da mesma forma consideramos atingidos os indicadores da presença em estágios e em sessões de formação como ficou expresso anteriormente, bem como o indicador da elaboração do relatório, pelo aqui apresentado, para submissão e discussão pública.

As estratégias escolhidas para as diversas fases de implementação da intervenção, pretenderam afirmar-se como resposta às dificuldades previstas, no sentido de permitir a efetiva concretização dos objetivos definidos.

Nem sempre se consegue ir ao encontro de tudo o que é planeado mas isso não é necessariamente negativo, pois podem surgir oportunidades não planeadas e que se revelam altamente contributivas para a aquisição de conhecimentos e para o desenvolvimento de novas competências. Todos os momentos devem ser totalmente aproveitados. Tivemos a oportunidade, a convite do Enfermeiro Orientador do Gabinete de Doação de órgãos e tecidos do Hospital Y, de realizar o Curso de Reconhecimento e Abordagem do potencial dador, de 8 horas, que permitiu consolidar conhecimentos a nível legal, a nível da identificação, referenciação, manutenção, alterações fisiopatológicas do potencial dador e abordagem da família (Anexo 10).

De realçar a excelente oportunidade proporcionada pela Enfermeira Coordenadora do GCCT do hospital X, para a observação de 2 colheitas, bem como todos os momentos de aprendizagem com os Coordenadores Hospitalares da doação no Hospital K da Catalunha.

A fim de estabelecer uma comparação entre as atividades planeadas e as realizadas, foi elaborado um cronograma (Apêndice 10).

2.4- Divulgação dos Resultados

A divulgação faz parte do desenvolvimento do projeto e é a parte em que se dá a conhecer publicamente a pertinência do mesmo e o caminho percorrido com vista à resolução de um problema identificado no serviço. Trata-se de um dever ético enquanto investigador em que se pretende acrescentar conhecimento à comunidade científica. O conhecimento produzido através da investigação proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, assumindo um papel fulcral na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e otimizando os resultados em saúde. Se por um lado a investigação permite desenvolver e consolidar conhecimentos, a divulgação dos resultados funciona como um contributo para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem (Ruivo *et al.*, 2010). De forma a promover o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema, recorreu-se à elaboração do presente relatório, de pósteres, das sessões formativas e de um artigo científico (Apêndice 11), um requisito obrigatório aquando da realização de um projeto, onde é sintetizado e organizado grande quantidade de informação e que se converte em conhecimento.

Após discussão pública o presente relatório ficará no repositório científico do IPS, o que por si só constitui uma forma de divulgação do projeto, acessível a todos e de fácil consulta.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

Nesta parte apresenta-se o PAC, desenvolvido no decorrer do estágio referenciado anteriormente, para além de servir de instrumento de avaliação em que as aprendizagens estão norteadas de acordo com as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Crónica/Paliativa e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As competências não se desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão crítica sobre as práticas e da reconstrução permanente de uma identidade pessoal. O enfermeiro especialista é, segundo o nº3 do art.4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados na sua área de especialidade”*. A atribuição deste título, certifica o enfermeiro que possui um *“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo particular de intervenção”*¹⁵. A OE (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro) regulamentou que o agregado de competências clínicas especializadas dos enfermeiros, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em Competências Comuns e Específicas. As Competências Comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, já as Específicas são definidas para cada área de especialidade e desenvolvem-se através de prestação de cuidados especializados com elevado grau de adequação às necessidades das pessoas, em situação crítica e crónica e paliativa, no caso da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

¹⁵ <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

3.1. Reflexão Acerca das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De seguida, expõe-se a análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro), onde se descrevem de que forma estas foram desenvolvidas no âmbito do PIS, dando ênfase a todos os contributos dos Estágios, dos Congressos e dos Cursos.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio refere-se à prática profissional e ética do enfermeiro no seu campo de intervenção, promovendo o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, art.º 5º). Trata-se de uma competência claramente referenciada no âmbito do PIS. Nele, abordam-se os cuidados de enfermagem à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos, nas SE e que dado o seu quadro clínico pode recuperar o seu estado ótimo de saúde total ou parcialmente ou traduzir-se num dador efetivo. Importa no entanto referir que em ambas as situações requerem conhecimento interdisciplinar, competências na área da atuação em emergência, comunicação, identificação de prioridades e tomadas de decisão clínica e ética.

Como referiu Sérgio Deodato, no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Coimbra (Anexo 7), o transplante trata-se de um gesto de altruísmo e solidariedade para com o outro e para o qual todos devíamos estar preparados com ensino desde a nascença, pois todos somos dadores de parte de nós quase diariamente, como por exemplo quando fazemos algo pelo outro.

Por outro lado, sendo o PIS um projeto de intervenção que implica investigação científica, como refere Martins (2008), implica grande responsabilidade ética, em que procura a verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. Como define Martins (2008, p. 63), *“ética não é um conjunto de regras feitas nem tem o objetivo de limitar as ações do investigador. É antes um conjunto de valores e princípios que permitem optar pelo melhor para o investigado, respeitando a pessoa como pessoa”*. Da mesma forma Sérgio Deodato, refere-se à ética como desencadeadora de inquietações e não de pontos negativos. Assim, no desenvolvimento do projeto, procurámos ter em consideração princípios éticos como o da autonomia, beneficência, não maleficência, ponderando sobre

os atos passíveis de poderem ou não ser praticados, cumprindo o disposto do Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece na alínea b) do nº 3 do artº 78 que são princípios orientadores da atividade (Lei 111/2009 de 16 de Setembro). Ainda de acordo com o mesmo artigo, baseámos a nossa prática de forma a manter sempre a dignidade humana de quem cuidámos de acordo com as necessidades destes e transmitimos esta importância aos outros cuidadores, para além de respeitarmos o direito à reserva da intimidade, guardando segredo sobre a informação que nos era confiada por via do exercício profissional, que de outra forma, não teríamos conhecimento. Do mesmo modo, mantivemos o sigilo, salvaguardando a identidade e os dados pessoais aquando da doação efetiva. A consulta do RENNDA como obrigatória, foi importante para percebermos como se processa a pesquisa, de forma a salvaguardar todas as hipóteses.

Apesar de sermos todos diferentes, o cuidado é um direito que nos assiste a todos, direito este mencionado na Lei de Bases da Saúde, no nº2 da Base 1 da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, pelo que todos os que necessitem de cuidados, devem ser cuidados. Desta forma podemos falar também em justiça, que se prende com o direito de todos ao cuidado, apesar de sermos todos diferentes. O princípio da justiça destaca que situações idênticas devem ser tratadas de igual forma e as que não são iguais, tratadas de formas diferentes, de acordo com essas diferenças. Tradicionalmente define-se justiça como dar a cada um aquilo que lhe é devido. Esta questão vem ao encontro do artigo 10º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁹.

Assim, de forma transversal, considerámos pertinente, através do projeto dar resposta a este direito, a todos os que por ali passaram, que de forma particular se encontravam em situação NC, com especial destaque para as pessoas em MC, não esquecendo a família e a pessoa significativa. O ambiente é complexo sobretudo em virtude da gravidade da situação com consequências muitas vezes nefastas para o próprio e família e até risco de vida, onde entra à posteriori a questão da doação de órgãos/tecidos. São transições que ocorrem muitas vezes de forma súbita e inesperada para as quais importa o enfermeiro estar preparado e desperto para a necessidade do apoio ao outro. Como refere Meleis (2011), o enfermeiro, ajuda a família e a pessoa significativa, a vivenciarem o processo de transição da melhor forma possível, para além de que através dos seus cuidados, no caso da pessoa em MC, contribui para que aquele que espera por um órgão readquira um nível ótimo de bem estar. Assim, desenvolveram-se estratégias de

resolução de problemas junto da pessoa/família, respondendo a questões, solicitações e aos problemas que estes nos colocavam, para além de não termos em consideração a classe económica, social, religião ou etnia a que pertenciam, de acordo com o artigo 12º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Não impusémos critérios pessoais e procurámos não fazer juízos de valor⁹.

Dada a situação clínica da pessoa aquando da entrada na SE, algumas vezes deparámo-nos com a incapacidade da pessoa decidir e dar o seu consentimento para ser submetido a uma técnica invasiva, pelo que baseámos a nossa prática sempre pelo melhor interesse para a pessoa, respeitando o princípio da beneficência. Como refere Deodato (2008) o enfermeiro, através da sua prática profissional assegura o direito ao cuidado dos cidadãos, pelo que ao longo do estágio, foi nosso objetivo prestar cuidados e tomar decisões fundamentadas e baseadas em evidências científicas, sem esquecer o respeito pelos princípios éticos. Fomos desenvolvendo momentos informais para avaliar se as decisões tomadas eram as melhores.

Partimos para a elaboração do projeto com a certeza de que o tema escolhido poderia dar resposta a problemas concretos da prática. Como refere Martins (2008, p.64) citando Kant, *não utilizar a pessoa como um meio, mas de a ver sempre como um fim em si própria*, ou seja a definição do problema tem de respeitar as verdadeiras finalidades a que a investigação se destina e não ser uma forma de atingir outros propósitos, deixando claro que a mesma visa o bem comum e não para ganhos pessoais do investigador.

Numa fase inicial foi apresentado e discutido o projeto com o professor orientador, o enfermeiro responsável e a enfermeira chefe de serviço, solicitando a autorização para a sua realização, tendo sido emitido parecer favorável.

Durante a realização das entrevistas tivemos sempre o cuidado de garantir que a participação no projeto pressupunha o consentimento livre e esclarecido dos intervenientes relativamente às informações sobre o projeto, garantindo que não seriam de algum modo prejudicados, cumprindo o princípio da não maleficência e que teriam liberdade para em qualquer momento recusar a participação, conforme o princípio da autonomia. Foram igualmente resguardadas a identificação dos profissionais envolvidos e destruídos os dados obtidos nas entrevistas, destacando o princípio da beneficência e da justiça. A análise dos resultados obtidos foi feita de forma cientificamente sustentada, evitando o enviesamento e com um profundo sentido crítico.

Foram igualmente mobilizados conhecimentos adquiridos nos Módulos de Ética em Investigação e de Ética e Direito em Enfermagem, tendo sido fundamental a análise de estudos de caso. No Módulo sobre Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, em coautoria, foi elaborado um fluxograma sobre o direito da família/pessoa significativa à informação relativa à pessoa, refletindo sobre as limitações, as condicionantes da temática, igualmente importantes aquando da abordagem de uma pessoa em situação NC (Apêndice 12).

A elaboração do PIS levou-nos a refletir sobre as questões éticas anteriormente identificadas.

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Este domínio refere-se ao papel dinamizador do enfermeiro no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica, conceção, gestão, colaboração de programas de melhoria contínua da qualidade e na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, art.º 6º).

Nos enfermeiros surge cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e as suas aplicações práticas a nível dos cuidados que prestam, pelo que nos últimos tempos temos vindo a assistir a uma mudança de perspetiva, surgindo estudos fora do contexto de formação, mas essencialmente virados para a prática. Simultaneamente reconhece-se a importância da investigação, para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas para a melhoria dos cuidados prestados, para a consolidação do saber e ainda para demonstrar aos outros a fundamentação em que se baseia a nossa prática.

Assim, através do projeto de intervenção e da prática clínica, pretendemos fomentar a reflexão e a capacidade de análise crítica, ou seja, potenciar aprendizagem através da reflexão sobre o que se faz e questionando os modelos e as práticas profissionais, de forma a encontrar alternativas adequadas para a resolução de problemas. Perante isto e com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados, demos início à elaboração do projeto *Cuidados de enfermagem à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos*, que pretende a consciencialização dos enfermeiros para a importância da deteção e atuação precoce junto da pessoa em situação NC, potencial

dadora de órgãos/tecidos em contexto de urgência, através da MTP. Visou o desenvolvimento de conhecimentos, a reformulação e apresentação do conteúdo do procedimento setorial “*Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente*”, à equipa de enfermagem, no sentido de se repercutir em mais dadores efetivos, contribuindo para a redução da lista de espera e satisfação do outro, à semelhança do preconizado na teoria da transição de Meleis. Como referiu, Matos (2015), não se podem perder dadores, pelo que todas as MC têm de ser diagnosticadas, constituindo assim um indicador de qualidade.

Sempre que foi possível colocámos em prática os conhecimentos nas diferentes fases necessárias até chegar ao dador efetivo, tendo em consideração os cuidados que tal procedimento exigia e validando as práticas com o enfermeiro orientador.

A revisão da literatura científica e institucional realizada para a elaboração do PIS permitiu-nos justificar com dados da evidência a necessidade de concretização deste projeto a nível institucional, para além da necessidade da revisão do procedimento setorial como meta para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional.

No plano jurídico, o PIS ao promover a qualidade dos cuidados de saúde com recurso a uma estratégia eficiente, consagra os princípios da política de saúde enunciados na Base II da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) e deste modo pretendeu-se contribuir para os indicadores de qualidade relativos à atuação em situações de emergência. Desta forma, através do projeto referido anteriormente e tendo por base o atual Plano Nacional de Saúde (PNS, 2011-2016), foi possível melhorar a articulação entre os profissionais, a comunicação, a gestão dos recursos, trazendo melhores resultados para a qualidade assistencial e transacional e por consequência a redução da lista de espera por um transplante.

Por outro lado, com o intuito de criar e manter uma cultura de segurança envolvemos a família desde a primeira abordagem, promovendo assim um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos mesmos, para além de os ajudar no processo de transição. Da mesma forma, também não deixámos para segundo plano a pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos, nem em MC, apesar de não ter qualquer perspetiva de vida. Também com objetivo de minimizar o risco e promover o conforto, durante o estágio, procedeu-se à implementação na UGP, da utilização da cinta pélvica e do Pelvic C-Clamp, como forma de estabilização da pessoa

vítima de trauma da bacia (Anexo 11), o que nos levou a procurar perceber junto da pessoa, o benefício, bem como a técnica da sua aplicação no seio da equipa multidisciplinar apoiada na literatura e nas indicações do fabricante.

A assepsia, do ponto de vista da segurança, foi igualmente um aspeto importante na medida em que, em situação de emergência por vezes esta fica posta em causa, o que perante a eminência ou a presença de falência multiorgânica, não representa um fator favorável.

De forma a melhorar a qualidade dos cuidados, em virtude dos acontecimentos menos positivos resultantes do elevado número de pessoas que recorreu ao SU, aquando do surto de gripe, procedeu-se à introdução de mais 2 enfermeiros por turno, com o objetivo de reavaliar as pessoas em espera para observação médica, após a triagem, ou sempre que tal o exigisse, garantindo assim a supervisão de todas aquelas que se encontravam na UGP, com recurso a registo pelo menos uma vez por turno, de forma a promover a segurança.

Sendo a entrada de uma pessoa nas SE e o desenrolar dos acontecimentos, uma situação de stress, o risco de erro clínico está presente. Este pode ser definido como a incapacidade de concluir uma ação planeada como previsto ou a utilização de um plano errado para atingir um determinado objetivo (Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Ora, a ausência de uma visão precoce na identificação de potenciais dadores e de cuidados antecipados, para além de uma má prática pode inviabilizar o processo da doação ou colocar em causa a segurança da doação e por consequência a qualidade na assistência ao outro em lista de espera para transplante.

Por outro lado, existe uma ideia predefinida, que num SU devido à sua estrutura física e à sua funcionalidade, a comunicação nem sempre é a melhor, para além de que em emergência muitas vezes não é fácil respeitar ao máximo a privacidade da pessoa/família, de forma a poderem expressar as suas emoções, medos e dúvidas. Assim, de forma a contornar esta questão considerámos fundamental, de acordo com as limitações da pessoa, dar-lhe tempo para se expressar, utilizar uma linguagem adaptada ao seu nível de compreensão ou circunstância, explicando sempre as nossas atuações e qual o objetivo pretendido. Envolvemos a família e a pessoa significativa precocemente, adotando uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, devidamente fundamentadas. Tivemos sempre em consideração, a preparação destes últimos, para o ambiente que iriam encontrar na SE, dado que muitas vezes podem funcionar como parceiros a quem

podemos recorrer. Utilizámos várias vezes a linguagem gestual e de leitura de mímica labial, para perceber e compreender as necessidades das pessoas. Este estágio levou-nos a refletir sobre a importância das diversas formas de comunicar, dada a natureza invasiva, agressiva, dolorosa e desconfortável das técnicas realizadas, fomentando o diálogo e utilizando estratégias como o toque. Ainda relativamente à comunicação, o programa informático utilizado é o HSIS, sistema acessível e que promove uma maior eficácia na transmissão de informação clínica de uns profissionais para os outros. Sempre que necessário são realizados registos, de forma a que se mantenham atualizados, como anotações, balanço hídrico, sinais vitais, entre outros.

Se por um lado, a realização do PIS, por si só, pretendeu a melhoria contínua da qualidade, consideramos que houve um conjunto de outras situações promotoras de aprendizagem pessoal. Sempre que nos foi possível, realizámos sessões de esclarecimento no sentido da prevenção de complicações à pessoa e família, nomeadamente no que respeita à alimentação entérica por Sonda Naso Gástrica (SNG) e a doentes que iriam com sonda vesical para o domicílio, mudanças de decúbito, quais os cuidados e o respetivo encaminhamento para as unidades de saúde, mas também aos AOs no que respeita à utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), medidas de controlo de infeção e precauções com pessoas em isolamento. Durante o estágio na UGP, deu-se início à utilização de kits para colheitas de hemoculturas e assistimos à sessão formativa da sua apresentação, bem como os dados relativos à contaminação das mesmas. Comparativamente com outros serviços, a UGP é o que apresenta as taxas de contaminação mais baixas, para o qual tem contribuído o empenho de todos na melhoria da qualidade dos cuidados. Estivemos presentes numa ação de formação relativa à Triagem de Manchester 2 e que engloba diversas alterações à Triagem 1, nomeadamente com a introdução de novos fluxogramas, fusão de outros já existentes e eliminação de outros e mudanças nos discriminadores, com vista à melhor adequação das necessidades e para uma melhoria da qualidade dos cuidados. Deu-se início à Avaliação do Risco de Transporte Intra-Hospitalar das pessoas que se encontravam na UGP, bem como à realização da Lista de Verificação Pré-Operatória.

Ainda no XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva (Anexo 5), no âmbito da qualidade, verificámos como os enfermeiros têm conseguido, numa unidade de cuidados paliativos, reduzir a incidência de úlceras de pressão e as medidas adotadas para

esse efeito. Foi igualmente abordada a dotação segura no sentido da adequação de recursos em termos de enfermeiros e em qualidade (experiência/formação) face às necessidades das pessoas, que se traduz na qualidade dos cuidados prestados em enfermagem, de forma a garantir a segurança e a satisfação. Da mesma forma, as NOC (normas de orientação clínica) visam a melhoria contínua da qualidade, auxiliando a prática, reportando para boas práticas e que têm impacto em termos de ganhos em saúde que se traduzirão nos resultados obtidos a médio e longo prazo.

Fomos convidados a integrar os grupos de trabalho relativos ao doente potencial dador de órgãos e tecidos, ao doente vulnerável, vítima de violência sexual e doméstica e o GCCT do Hospital X, que consideramos ser o resultado do trabalho por nós desenvolvido e orgulhosamente reconhecido.

Sendo que a segurança é um elemento fundamental da qualidade, procedeu-se na UGP à introdução da Identificação positiva, conforme o Despacho nº 1400/2015 de 10 de Fevereiro que engloba o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020, pelo que em todos os contactos com a pessoa e antes de realizar qualquer ato confirmámos a sua identidade, pelo menos com dois dados inequívocos de identificação (nome completo e data de nascimento). Alertámos e incentivámos os restantes profissionais relativamente a esta temática. Sendo a identificação das pessoas, da responsabilidade do enfermeiro, na nossa prática, na triagem conferimos os dados da pessoa com os da pulseira, antes da sua colocação e verificámos a sua veracidade. Através desta prática foi possível identificar pessoas erradamente inscritas, não correspondendo à pessoa, o nome inscrito, o que permitiu evitar o erro associado à falha na identificação.

Ainda no âmbito da melhoria da qualidade, elaborámos instruções de trabalho sobre a técnica de lavagem vesical (Apêndice 13) e cateterismo vesical intermitente (Apêndice 14), uma vez que em algumas situações foi constatada ora a falta de assepsia na primeira, ora a utilização inadequada de material para o efeito, pelo que apresentámos também cateteres específicos para a realização desta última técnica. Elaborámos também, uma instrução de trabalho sobre kit de algaliação (Apêndice 15), no sentido de agilizar a prática aquando desta técnica, principalmente com vista a serem utilizados nas áreas dos balcões. Procedemos à reformulação da folha de identificação das macas (Apêndice 16), colocando áreas em que se pode designar, o local onde a pessoa se encontra em vigilância; se tem familiares/pessoa significativa na urgência e a sua identificação; se traz processo de

encaminhamento de outra instituição; em caso de transferência, o hospital e o serviço e em caso de alta, a pessoa com quem foi estabelecido o contacto. Todos eles foram sujeitos à apreciação dos orientadores e da enfermeira chefe de serviço, enfermeiras responsáveis pela gestão e enfermeira elo de ligação da Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Tidas as suas indicações em consideração, procederam-se a algumas modificações.

Mostraram-se também fundamental, os Módulos de Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade, de Segurança e Gestão do Risco, de Supervisão Clínica e Formação Contínua em Enfermagem.

3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Refere-se à gestão dos cuidados pelo enfermeiro, de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, fazendo a articulação na equipa multidisciplinar e adequando a liderança e a gestão dos recursos a todas as situações e a todos os contextos, com o intuito de otimizar a qualidade dos cuidados (Regulamento n° 122/2011 de 18 de Fevereiro, art.º 7º).

A realidade na UGP incute a necessidade de definição de prioridades, dentro de uma vasta lista de práticas no entanto, tendo como foco principal a pessoa e a sua família. Diariamente, tivemos que gerir a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, à sua estabilização, ao seu transporte, à comunicação com este e com a sua família, de forma individualizada, respeitando as prioridades e as necessidades destes. *Os enfermeiros são líderes por natureza da sua profissão* (Grimm, 2010, p. 77).

A reformulação do procedimento setorial, enquanto guia orientador de boas práticas dos cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos e tecidos, considerámos ter permitido o desenvolvimento desta competência.

Enquanto elementos integrantes do grupo de trabalho da doação e colheita de órgãos e responsáveis por este projeto de intervenção, foi nosso propósito apresentá-lo a toda a equipa de enfermagem e a outros grupos profissionais, para além de o pretender colocar em prática, dando enfoque às boas praticas na SE, mais especificamente ao potencial dador de órgãos e tecidos.

Ao longo dos estágios pudemos desenvolver esta competência na medida em que fomos frequentemente chamados a tomar decisões e a agir de forma a poder alterar profundamente os resultados das pessoas que cuidámos. Fizemo-lo no âmbito da realização do PIS, identificando potenciais dadores, comunicando com a equipa, prestando cuidados, assegurando que a informação era passada sem lapsos, elaborando registos criteriosos e validando com o orientador as práticas. A realização dos estágios e do PIS foi feita tendo por base as entrevistas realizadas, a consulta do enfermeiro chefe de serviço e do orientador, ou seja envolvendo a equipa logo desde o início. Desta forma submetemos o procedimento setorial reformulado, a um painel de peritos no sentido de o validarem, apresentámos o seu conteúdo à equipa e elaborámos posteres sobre a temática. Pelo *feedback* obtido consideramos ter fomentado a motivação e a curiosidade relativamente ao projeto, dado tratar-se de um tema desconhecido para muitos e com algumas lacunas para outros.

De modo a gerir da melhor forma os estágios e as atividades, procedeu-se à elaboração de um cronograma (Apêndice 3), com datas de início e término bem como os recursos necessários, tendo estes sido solicitados, atempadamente junto do Professor Orientador do Curso.

Nas SE tudo tem o seu lugar e está devidamente identificado e em caixas com todo o material para os mais diversos fins (caixa de drenagem torácica, linha arterial, traqueostomia, cateter venoso central e lavagem peritoneal). Os diversos carros de emergência obedecem todos aos mesmos critérios de organização, bem como os carros de apoio à prática nos vários setores da UGP. Este tipo de organização evita perdas de tempo permitindo uma atuação mais rápida e eficaz, no entanto obriga a uma verificação frequente para que nada falte no momento crucial. O registo das pessoas que entram nas SE, bem como o diagnóstico e o seu destino após a saída destas salas, permite ter dados em termos de frequência de diagnóstico, justificação de rácios pelo número de entradas e necessidades de cuidados.

Sendo a UGP um espaço de grandes dimensões, com um nível de exigência extremo e que recebe diariamente elevado número de pessoas, implica uma gestão rigorosa do enfermeiro chefe de equipa mas também dos enfermeiros responsáveis pela gestão. Existe também um enfermeiro responsável pela supervisão das práticas clínicas no sentido de promover as melhores práticas nos cuidados. Assim, no dia 22 de Junho de

2015 acompanhámos a enfermeira chefe de equipa, durante 8 horas, na dinamização e organização da equipa de enfermagem e AO de acordo com as necessidades, na tomada de decisão e apoio da equipa, o que nos permitiu ter uma perspetiva mais aproximada do que implica gerir uma equipa de grandes dimensões, com imprevistos, conflitos, situações de stress. Ainda no mesmo âmbito, no dia 31 de Maio de 2015 tivemos oportunidade de acompanhar durante 8 horas a Enfermeira responsável pela Gestão na UGP, onde foi possível perceber como é feita a gestão diária de enfermeiros, AOs, materiais, equipamentos e articulação com outros profissionais e serviços.

Também, no âmbito desta competência no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo 7) foi abordada a gestão na complexidade e imprevisibilidade dos cuidados em emergência e em fim de vida e paliativos, tão frequentes na UGP. Frequentámos o Curso *Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência* (Anexo 6) integrado no Congresso, que considerámos ter sido uma mais-valia e bastante enriquecedor pelos casos práticos e pela troca de experiências em situações de crise, de escassos recursos ou informações e gestão de conflitos, liderança e comunicação. Ainda no âmbito desta competência julgámos pertinente a abordagem, do recurso excessivo da urgência, verificada em muitas situações e potencialmente passíveis de serem avaliadas pelos cuidados de saúde primários, inviabilizando a adequada resposta em tempo útil, às situações realmente urgentes/emergentes, para além do consumo desmesurado de meios e recursos técnicos, materiais e humanos. Considerámos que a sensibilização das pessoas para esta realidade se apresenta com carácter obrigatório e urgente.

De forma a aprofundar o processo de autoconhecimento e auto aprendizagem, para o desenvolvimento desta competência foi essencial o contributo dos Módulos Liderança de equipas, Gestão de Cuidados em Enfermagem, Economia e Políticas de Saúde e Supervisão de Cuidados.

Consideramos que as instruções de trabalho elaboradas bem como a folha de identificação das macas foram uma mais-valia em termos de gestão dos cuidados.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Esta competência refere-se à ampliação do autoconhecimento e da assertividade por parte do enfermeiro, fundamentando a sua praxis clínica especializada em padrões de

conhecimento autênticos e consistentes (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, art.º 8º).

Cada vez mais é incutido nos enfermeiros a necessidade de serem capazes de ter um pensamento crítico, de forma a usarem o conhecimento apropriado e as habilidades de julgamento na sua prática, até porque vivemos numa sociedade em constantes mudanças, com novas exigências, e neste contexto, a enfermagem deve estar preparada para acompanhar essas mudanças, no sentido de manter a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa e sua família. Desta forma consideramos uma mais-valia o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista de forma a promover cuidados holísticos à pessoa e família, baseados na evidência e com qualidade.

Assim, com vista, ao desenvolvimento desta competência e através da elaboração do PIS, tivemos oportunidade de transformar uma oportunidade num processo que se pretende que seja de melhoria através de um método eficaz. Por outro lado, no seu desenrolar fomos-nos consciencializando da progressiva maturidade que este incutiu no nosso desenvolvimento. Consideramos que a reflexão e as interrogações ao longo do estágio, tiveram um papel primordial e fundamental para o desenvolvimento teórico-prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade, conduzindo a uma melhoria da qualidade na prática do cuidar, para além de mostrar iniciativa e criatividade na procura de respostas e soluções para os problemas detetados. Uma das temáticas que também nos levou a momentos de reflexão prendeu-se com a morte e como lidar com ela.

Partindo de uma intensa pesquisa e da revisão bibliográfica desenvolvida, utilizando as tecnologias de informação adequadas, do ensino clínico e da orientação obtida, foi possível criar uma sólida base de conhecimentos no que concerne a orientações nacionais e internacionais, nesta área de interesse que é a doação de órgãos/tecidos, os cuidados inerentes à manutenção, as alterações fisiopatológicas da MC, a importância de uma identificação e atuação precoce, bem como na envolvência da família, os trâmites éticos e legais, questionando e interrogando-nos sobre algumas práticas.

Enquanto disciplina não descurámos o enquadramento teórico e concetual de suporte onde considerámos uma teoria de médio alcance como alicerce desta reflexão (Teoria da Transição de Meleis).

O projeto em desenvolvimento, não se baseou apenas numa investigação sustentada num problema identificado mas acima de tudo com o objetivo de intervir sobre o mesmo, utilizando a MTP, o que nos permitiu desenvolver competências nesta área. Foi com base na ausência de uma visão precoce, quer na identificação quer nos cuidados ao potencial dador, que uma das estratégias de resolução do problema se centrou na reformulação do procedimento setorial, de forma a melhorar os cuidados, uma vez que uma abordagem norteada conduzirá a um ambiente de trabalho adequado num contexto profissional complexo e a mais doações efetivas, o que se traduz em ganhos em saúde. Após a reformulação do procedimento setorial, este foi apresentado à equipa através de uma sessão de formação e elaborados 2 pósteres.

Durante a realização do PIS houve necessidade de proceder a algumas alterações em resultado do crescimento obtido pela aprendizagem contínua conseguida através desta formação e pelo desenvolvimento pessoal que hoje permite ter a noção das nossas potencialidades e com diferenças bastante relevantes.

A formação contínua faz parte do desenvolvimento profissional de cada um, sendo de carácter obrigatório, no entanto promove também o desenvolvimento pessoal e das organizações. Assim, no âmbito da autoformação, ao longo do nosso trajeto profissional temos procurado desenvolver o saber não só como formandos, mas também como formadores. Enquanto formandos, realizámos o Curso de Complemento em Enfermagem que deu equivalência à Licenciatura, uma Pós graduação em Controlo de Infecção em Saúde, uma Pós graduação em Enfermagem Forense e um Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores, conceitos bastante atuais e com plena aplicabilidade à prática diária. Desenvolvemos ainda conhecimentos na área do doente renal através do Curso de Hemodialise. Enquanto formadores, propusemo-nos realizar sessões de formação, com o intuito de valorizar e dar visibilidade aos nossos conhecimentos tendo por base a experiência profissional. No âmbito da formação em serviço assistimos à formação da Triagem 2 e de catástrofe, à formação sobre úlceras de pressão, à implementação dos Kits de HC e sobre Ventilação não Invasiva. Pudémos praticar o uso de EPI para o Vírus Ébola, bem como colocar em prática o plano de contingência.

Embora o façamos diariamente, procurámos de uma forma mais consciente, conseguir uma comunicação eficaz com a pessoa/família, utilizando técnicas na área da

comunicação, desenvolvendo competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada.

A presença de enfermeiros em integração e outros a realizarem também ensino clínico decorrente da especialidade, deu-nos a oportunidade de trocar experiências e também contribuir para a sua formação, através dos nossos conhecimentos. Conseguimos promover momentos de reflexão da e sobre a prática.

No XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, pela primeira vez, ouvimos falar em ácido tranexâmico e como o seu uso em situações de trauma podem reduzir a ocorrência de hemorragia e por consequência a taxa de mortalidade e o número de vítimas de trauma com hemorragia ativa. Apesar de não ser uma medicação de emergência, não é caro e reduz o consumo de hemoderivados. Assistimos a uma palestra realizada pelo Enfermeiro Manuel Romero, relativamente à colheita de órgãos e tecidos em coração parado em Espanha, à utilização do ECMO para a manutenção abdominal e os tipos de dadores em coração parado. Segundo o orador, os órgãos mais colhidos, são os rins, o fígado e os pulmões. À semelhança da MC, também nos casos de coração parado, as causas da morte são mais súbitas e menos traumáticas. Consideramos que o congresso foi uma mais-valia na medida em que permitiu adquirir conhecimentos úteis para a nossa prática. Como aspeto negativo, houve a considerar a separação da área médica da de enfermagem em salas diferentes e em simultâneo, o que inviabilizou a oportunidade de assistir às palestras e aos debates. Também no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-cirúrgica foi abordada a colheita de órgãos em PCR em Espanha estabelecendo comparação com a realidade portuguesa e assistimos ao relato das funções desempenhadas pelos enfermeiros coordenadores de colheita e transplantação do GCCT do CHLC e do Hospital Sto. António no Porto.

Os estágios de observação realizados nos 3 Gabinetes, consideramos terem sido bastante benéficos através dos conhecimentos que nos foram dados a conhecer, para além das suas abordagens e dinâmicas diferentes que nos fizeram refletir. O acompanhamento da equipa de colheita permitiu-nos ver in loco, como tudo se processa desde a preparação do material e da sala no BO, passando pela receção do dador até à colheita, acondicionamento e transporte dos órgãos e dos tecidos. O curso que frequentámos relativo ao *“Reconhecimento e abordagem do potencial dador de órgãos e tecidos”*, permitiu consolidar conhecimentos para além dos casos práticos em que participámos. O estágio de

observação na UCI permitiu-nos prestar cuidados à pessoa potencial dadora de órgãos a aguardar realizar PMC e assistir à realização destas, para além da constatação da instabilidade hemodinâmica em que estas se encontram, obrigando a uma vigilância apertada. Assistimos à abordagem da família, por parte da enfermeira responsável e do médico assistente. No nosso ponto de vista, a VIII reunião de colheita de órgãos e transplantação foi uma mais-valia em termos de aprendizagem pois foi possível perceber o que de bem se faz, por pessoas motivadas e empenhadas em não perder possíveis/potenciais dadores e para que o transplante seja um sucesso através de cuidados de qualidade, só exequível através de equipas treinadas e profissionais sensibilizados para uma identificação precoce. O estágio de observação na Catalunha permitiu-nos confirmar, o empenho, a dedicação, o reconhecimento da sua importância no seio hospitalar e que se traduz nas taxas de doação e transplante tão elevadas. Para além de termos assistido a colheitas de órgãos e tecidos no BO e a todos os procedimentos e preparativos inerentes, contactámos com uma realidade ainda muito distante em Portugal, a colheita de órgãos em coração parado.

O Módulo Formação Contínua aplicada à enfermagem neste Mestrado foi um excelente contributo para o desenvolvimento deste domínio. Por outro lado, o Módulo de Enquadramento Conceptual, permitiu perceber qual a teoria que melhor se adaptava à temática em estudo.

3.2. Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Conforme o Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro da OE, estas implicam *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*. Por outro lado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica deve desenvolver um projeto que possibilite aprofundar conhecimentos e capacidades práticas na área do saber-saber, saber ser/estar e saber fazer, de modo a poder desenvolver-se um juízo crítico que promova cuidados

altamente qualificados prestados à pessoa de forma contínua, de risco imediato de uma ou mais funções vitais, tendo como finalidade a sua recuperação total.

3.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Esta competência refere-se à mobilização de um conjunto de conhecimentos e habilidades para responder de forma holística e em tempo útil (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro da OE).

Sendo a situação de doença e a ida ao SU, muitas vezes um acontecimento repentino que não permite a adaptação, pessoa e família experienciam sentimentos de perda de controlo, medo, ansiedade, raiva, negação, tristeza, entre outros. Implica uma alteração das relações, de papéis, exigindo uma reorganização da vida familiar, profissional e social, no sentido da recuperação do bem-estar em saúde, como refere Meleis (2011). Tendo por base este contexto e o já referido na justificação do tema do PIS, propusemo-nos elaborar um trabalho sob o tema, *Cuidados de enfermagem à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos*, que pretendeu despertar os enfermeiros para a importância da deteção e atuação precoce junto destas pessoas em contexto de urgência, através do desenvolvimento de conhecimentos, da reformulação e apresentação do procedimento setorial “*Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente*”. Na reformulação do procedimento setorial pretendeu seguir-se as mesmas linhas orientadoras abordando não só a pessoa como também a família e pessoa significativa em situação crítica. Deste modo objetivou-se incorporar no PIS uma das responsabilidades do enfermeiro na SE além de facilitar e melhorar a prestação dos cuidados por parte deste, prestar apoio emocional e envolvê-lo o mais precocemente possível neste processo de instabilidade e dada a eminência da possibilidade da doação. A importância do acolhimento da família na SE é fulcral, pois estes experienciam sentimentos de desconforto e de perda, não estando preparados para o que vão encontrar, na maioria dos casos. Assim, de forma mais consciente, acolhemos a família de forma adequada, apresentando-nos, mostrando disponibilidade, explicando a situação clínica e informando-os do que iriam encontrar (ventilador, alarmes, monitores). Respondemos às questões colocadas, transmitindo segurança, de forma a diminuir a ansiedade da família, tendo em atenção que o excesso de informação poderia ser prejudicial. Realizámos acolhimento sempre que

possível, o que permitiu desenvolver a comunicação com a família interagindo sempre de forma positiva. Conseguimos refletir sobre o stress, a morte e a comunicação de más notícias e estabelecer com estes uma relação de ajuda. Com o intuito de ir ao encontro das necessidades, identificámos na pessoa e família a ausência ou insuficiência de estratégias para lidarem e gerirem a tensão provocada pela situação de doença, minimizando-a, deixando-os verbalizar os seus medos e anseios, respondendo às suas questões, dando sempre uma palavra de conforto e mostrando-nos sempre disponível para comunicar e considerando o nível sociocultural, o estado emocional e a gravidade da situação da pessoa doente. Como refere Meleis (2011), na teoria da transição, só através da consciencialização é possível, realizar uma transição saudável e recuperar o bem-estar. No caso específico das situações de MC, o apoio na transição, à pessoa, baseou-se nos melhores cuidados a esta com vista à doação efetiva, no sentido de permitir àquele que está em lista de espera por transplante, proceder a uma transição, readquirindo o melhor possível o estado de bem-estar. Através do estágio na Catalunha foi possível observar a serenidade dos familiares na hora da despedida e que resulta de um árduo trabalho da equipa de doação na preparação destes, assistindo a situações em que a própria família se antecipava à equipa, na abordagem do tema da doação.

Nas SE são prestados cuidados de enfermagem a pessoas com variadas patologias e simultaneamente, com diversos índices de gravidade, pelo que, em diversas situações promovemos discussões no seio da equipa, sobre se poderíamos ter melhorado de alguma forma a atuação, se seria possível efetuar algo mais, com o objetivo de melhorar os cuidados. No que respeita à pessoa em situação NC, tais cuidados vão desde a identificação, passando pelas provas de MC, notificação do GCCT, consulta do RENNDA, envolvimento da família/pessoa significativa, manutenção do potencial dador até à colheita.

De uma forma muito particular, experienciámos a prestação de cuidados a estas pessoas na UGP, cumprindo algumas etapas. Um exemplo concreto, passou pela receção da pessoa no hospital, seguida da ida à TAC. Apesar do diagnóstico não ser muito promissor, a equipa multidisciplinar, definiu estratégias de forma a prepará-lo para ser operado. No entanto em pouco tempo, houve agravamento da situação clínica, inviabilizando qualquer cirurgia, pelo que da parte médica não iriam ser tomadas mais medidas. Em diálogo com a equipa multidisciplinar, propusemos avançar para o investimento no sentido da doação, tendo por base o prognóstico quase certo, ao qual todos

concordaram. Procedeu-se à entubação e ventilação daquela pessoa, algaliação, soroterapia conforme a indicação e fez-se a referência ao GCCT para a existência de um possível dador. Posteriormente foi transferido para a UCI Neurocríticos, onde foram feitas provas de MC e a devida manutenção. O potencial dador foi efetivamente dador de válvulas cardíacas e 2 rins. O contato com a família/pessoa significativa nunca foi efetivado na UGP, dado não ter comparecido ninguém, nem ter sido dada indicação da existência desta.

De uma forma mais sistematizada, através do estágio realizado na UCI, pudémos observar a instabilidade hemodinâmica em que estas pessoas se encontram, a exigência em termos de conhecimento e de vigilância a que estes obrigam. Prestámos cuidados e procedemos à avaliação neurológica destas pessoas. Colaborámos com a enfermeira orientadora e o médico neurocirurgião, na abordagem da família do potencial dador, colhendo dados importantes, dando apoio emocional, informando sobre a situação clínica e o prognóstico.

Embora já com alguma experiência neste tema, esta problemática foi de grande importância e crescimento, principalmente após a revisão da literatura efetuada, quer pessoal, quer profissional, pois permitiu-nos refletir sobre várias questões, como a morte, a perda de um ente querido, a doação, a colheita de órgãos, a manutenção do dador, assim como demonstrámos conhecimentos e capacidade de lidar com questões tão complexas como estas, estando sempre disponíveis para cuidar da pessoa e da sua família. Assim, uma situação que requer análise especial, prende-se com o facto de frequentemente nas SE nos deparámos com a morte e mais concretamente com a MC, que acarreta dilemas éticos, entre o que devemos ou não fazer, numa mistura de sentimentos, emoções, sensação de frustração, derrota, pena, ainda mais acentuada no nosso caso, em que prestamos igualmente cuidados a pessoas com Insuficiência Renal Crónica (IRC) em hemodialise, que vivem numa procura/espera, desesperada por um rim.

Diariamente e ao longo do estágio, procurámos considerar a dor como uma das nossas prioridades, tentando perceber a sua origem e agindo em conformidade, dado que também é a queixa mais frequente que leva a pessoa a recorrer à UGP. Recorremos muitas vezes a medidas farmacológicas de combate à dor e a medidas não farmacológicas, tais como alternância de decúbitos, presença de objeto significativo e massagem. Ao refletirmos sobre a dor, esta ideia não se restringe à dor física, mas também ao medo, à incerteza, à ansiedade e como a satisfação destas necessidades, permite à pessoa/família

fazer-se comunicar de uma forma mais eficaz, relativamente às restantes atividades de vida diárias. Pudémos constatar o quanto a equipa está desperta para o controlo da dor, procurando atenuá-la o mais precocemente possível questionando a pessoa com frequência e garantindo a existência de prescrição terapêutica para uma eventual situação de dor física.

Através dos cuidados prestados na SE, foi possível desenvolver um olhar crítico sobre o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e simultaneamente contribuir para a antevisão da instabilidade, possíveis através dos conhecimentos e habilidades em SAV. Para tal, foram fundamentais o curso de SAV realizado anteriormente, o curso Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência e o simulacro, que funcionaram como uma mais-valia para a prestação de cuidados à pessoa neste contexto. A revisão de *guidelines* e as bancas práticas no Módulo de Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência, relativo a SBV, SBV com Desfibrilhador Automático Externo (DAE) e SAV foram uma mais-valia. A formação em serviço sobre Ventilação Não Invasiva (VNI), mostrou-se igualmente importante para as situações de falência respiratória.

Outro aspeto importante prendeu-se com o transporte do doente crítico, que à semelhança do que foi referido no XVIII Congresso de Medicina Intensiva, envolve a decisão, o planeamento e a efetivação. Na decisão importa refletir sobre os riscos/benefícios do transporte e os elementos mais capazes. No planeamento há que coordenar, haver comunicação entre as partes envolvidas, estabilizar a pessoa antes do transporte, reunir o equipamento e a documentação necessários. Na efetivação importa considerar que o nível de cuidados não deve ser inferior ao que se realiza no serviço de origem, devendo estar previsto a eventual necessidade de o elevar. No potencial dador, a transferência da SE para a UCI é uma realidade, devendo para o efeito ser assegurados todos os cuidados necessários. No entanto, por vezes, a permanência deste na SE, é igualmente uma realidade tendo os cuidados que ser assegurados da mesma forma. Do mesmo modo, foi abordado o TCE grave, sendo crucial agir precocemente de forma a reduzir consequências como a hipotensão, a hipotermia, a hipertensão e a pressão intra craniana. Foi abordado o uso das várias técnicas de remoção extra corporal em casos de intoxicação grave, como a hemodialise, hemofiltração venovenosa contínua, a hemoperfusão e a diálise de albumina.

À semelhança do Congresso anterior também no III Congresso Internacional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi abordada a colheita de órgãos e tecidos em pessoa em coração parado em Espanha, o papel do enfermeiro Coordenador do GCCT e como se articula com os demais profissionais, sendo possível observar as exigências em termos técnicos, materiais, humanos e logísticos aquando da deslocação das equipas para a colheita de órgãos e tecidos, a outros hospitais, a articulação necessária entre todos e a sofisticada tecnologia exigida.

Com o objetivo de adquirir esta competência mobilizámos os conhecimentos lecionados sobre os Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica e Cuidados em situação de Crise: Cliente e Família.

3.2.2. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação

Esta, refere-se à intervenção do enfermeiro na conceção dos planos constitucionais e na gestão de equipas de forma sistematizada, de modo a responder com eficiência e eficácia (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro da OE).

Em diversas situações ocorreu a entrada na SE, de diversos aglomerados de pessoas, vindas de acidentes de viação, vítimas de agressão em contexto de grandes eventos, ou vindas de outros hospitais sem capacidade para responder à elevada afluência de pessoas. O mesmo também se verificou na UGP aquando do surto de Vírus Influenza, Legionela e da preparação para um eventual surto de Vírus Ébola que obrigou a uma reorganização e gestão em termos do espaço, de recursos humanos e materiais e de cuidados prestados de forma a assegurar a continuidade do funcionamento e segurança normais no hospital, para além do esforço físico de toda a equipa. Assistimos a uma sessão de atualização do plano de emergência do Hospital X, com recurso a simulações clínicas para preparação e treino da triagem e da forma como nos devemos organizar perante situações de emergência multivítimas ou catástrofe. Contatámos com os Kits de procedimento preparados, para o efeito.

No estágio II, procedemos à verificação da localização e dos prazos de validade dos extintores, bem como das condições para a sua utilização, conforme as indicações dadas na formação a que assistimos sobre incêndios, anteriormente.

Face aos acontecimentos resultantes do pico de Vírus Influenza, houve necessidade de reestruturar os postos de trabalho dos enfermeiros, obrigando à introdução de mais 2 enfermeiros por turno de forma a procederem à avaliação das pessoas, com tempo de espera por observação médica, superior a 90 minutos ou sempre que se justificasse, assegurando e garantindo, desta forma, a supervisão das pessoas que se encontravam na UGP.

De forma a desenvolver esta competência, colaborámos no simulacro Set Log 2015, promovido pela Proteção Civil e pelos Bombeiros Sapadores de Palmela de forma a testar a capacidade de resposta da organização, dos mecanismos técnicos disponibilizados e de todas as entidades envolvidas. Foi bastante enriquecedor pois deu-nos a possibilidade de vivenciar in loco, para além de proporcionar troca de experiências, permitir colocar questões a especialistas da área da catástrofe, assistir ao resgate de pessoas encarceradas e visitar um posto de saúde num campo de refugiados. Foi possível colocar em prática a triagem em situação de catástrofe, diferente em bastantes aspetos da Triagem de Manchester, preconizada para a UGP.

No XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, no contexto de grandes eventos, assistimos à apresentação da missão realizada no Haiti e do acidente rodoviário na A23, ambas bastante cativantes e reveladoras do empenho e importância que os intervenientes tiveram para a melhoria da abordagem. A catástrofe do Haiti, foi descrita como um cenário dantesco, com escombros por todo o lado, confuso e com elevado número de mortos. Mais do que as causas maioritariamente traumáticas e a sobrelotação dos hospitais de campanha, as dificuldades culturais (religião, dificuldade de aceitação de antibióticos) foram uma barreira importante. O objetivo da missão era montar e operacionalizar um campo de refugiados, pelo que houve necessidade de triar e acomodar toda a população, para além da necessidade de organizar os registos que até à chegada da comitiva Portuguesa era feito num pedaço qualquer de papel. Relativamente ao acidente rodoviário ocorrido na A23 em 2007, no entender do orador Bruno Limpo, foi bastante positivo dada a rápida mobilização dos meios conseguida e do trabalho conjunto. Por outro lado, os aspetos negativos passaram pela triagem, sendo que primeiro foram assistidos os menos graves, que teve como consequência a transferência do cenário de catástrofe para as urgências dos hospitais da área, dificultando o encaminhamento dos mais graves. Foi abordado o algoritmo da triagem de catástrofe, não sendo preconizado manobras de

reanimação dado atrasar a assistência dos que têm maior probabilidade de sobreviver, já que o objetivo é salvar o maior número de vítimas. Como referiu Artur Martins, responsável pela organização de grandes eventos no âmbito do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a organização de grandes eventos não visa controlar as pessoas, mas sim em caso de necessidade, assisti-las com cuidados médicos e implica a adoção de medidas preventivas. Em situações de *mass gathering*, aglomerado temporário de pessoas, pelo menos 1000 e que pode ser de curta duração ou durante dias, importa planear, coordenar, operacionalizar e fundamentalmente comunicar com os elementos, porque mais que o tamanho da multidão importa as suas características.

3.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

O controlo de infeção é de enorme importância no serviço de urgência, pois as pessoas têm um elevado risco de infeção associado, devido à sua disfunção/falência multiorgânica que representam, nomeadamente as pessoas potenciais dadoras de órgãos, sendo que o cumprimento das normas durante os cuidados pode fazer a diferença na efetivação do transplante e do número de órgãos colhidos.

Na UGP existem vários procedimentos multissetoriais emitidos e registados pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar na intranet da instituição. São exemplos disso: *Higiene Hospitalar, Precauções de Isolamento baseadas nas Vias de Transmissão, Higiene das Mãos, Planos de Investigação num Surto de Infecção, Precauções de controlo em Doenças de Declaração Obrigatória e de Infecção em doenças de Alto Risco*, entre outros. A separação dos lixos, consoante o seu tipo, é realizada em todos os setores da UGP, onde existem recipientes próprios para o efeito.

Existe uma sala de isolamento com uma ante camara onde estão disponíveis todos os equipamentos de proteção individual. No que respeita à atuação em emergência, encontram-se disponíveis armários com material de proteção individual à porta das SE. Além disso existem kits de material pré preparado para a realização urgente e emergente de alguns procedimentos (colocação de Cateter Venoso Central, Drenagem Torácica, Linha

Arterial, traqueostomia e Lavagem Peritoneal) onde também estão disponíveis materiais de proteção individual esterilizados. Assim, no sentido de contribuir para a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), os cuidados de enfermagem centraram-se na otimização e manutenção dos dispositivos invasivos e em adotar medidas de prevenção e controlo da infeção. Isolaram-se adequadamente as pessoas que apresentavam doenças infecciosas transmissíveis por contacto ou por via aérea, em quarto de isolamento próprio conforme as normas instituídas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos. Outro aspeto de relevo é a utilização da técnica assética na manipulação e abordagem dos dispositivos invasivos. Há também uma preocupação dos enfermeiros no cumprimento dos tempos de utilização dos equipamentos, como o caso do filtro EPA (48h), supervisionar após cada utilização a desinfecção de todo o material (maca, aparelhos) e a troca dos sistemas de aspiração e proceder à substituição das traqueias dos ventiladores. Por outro lado, colaborámos na implementação do plano de catástrofe, para o Vírus Influenza e da Bactéria Legionela, bem como de todos os requisitos a que tal obrigava, nomeadamente de reestruturação do espaço físico, o uso dos EPIs conforme as normas de vestir e despir o equipamento de proteção individual, mais especificamente para o Vírus Ébola. Procedeu-se à reestruturação de algumas instalações no sentido de rececionar pessoas com doenças infecciosas estando estas devidamente preparada com todos os requisitos necessários.

Estivemos presentes numa ação de formação relativa à prática da colheita de HC. Perante os dados obtidos considerou-se pertinente a reformulação da prática, passando a colher-se 2 HC em 2 momentos distintos, num total de 4HC, o que obrigou a uma alteração dos kits anteriormente utilizados. Constatámos que os enfermeiros da UGP estão empenhados em cumprir as normas de controlo de infeção e aderem aos programas da PPCIRA. Há o cuidado da utilização adequada dos EPIs e da realização de ensino/supervisão junto dos Assistentes Operacionais (AO).

Importa salientar os contributos da Pós Graduação em Controlo de Infeção e Saúde realizada anteriormente, para além do Módulo Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas no 2º Semestre deste curso.

No XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva assistimos à palestra de como foi vivenciado o surto da Bactéria Legionela na UCI do Hospital Vila Franca de Xira e quais as medidas adotadas para fazer face à situação. Foi também, abordada a questão de

uma atuação precoce ao nível da sepsis, no que respeita à identificação do foco da infeção, com vista à deteção do microorganismo, à administração precoce de antibióticos e à necessária/possível remoção do foco, com vista à redução da morbilidade e da mortalidade por choque séptico e/ou sepsis grave, que vai ao encontro do que se tem vindo a preconizar na UGP, através da Via Verde Sepsis. Foi abordado também a resistência antibiótica, sendo este um momento de potencial perda de eficácia do antibiótico, com as resistências dos microrganismos a subirem e com os novos antibióticos a diminuírem. Foram visíveis os elevados cuidados com a assepsia no BO aquando da colheita de órgãos e tecidos.

Durante o estágio na UGP, surgiu a oportunidade de elaborar 3 instruções de trabalho. Uma, sobre a técnica de lavagem vesical (Apêndice 13), dado constatar pelas observações esporádicas, o desuso da técnica assética aquando da realização da mesma. Outra, que se baseou na criação de um kit de algaliação (Apêndice 15), no sentido de reunir todo o material necessário e assim agilizar a técnica, sem perdas de tempo. Por último, elaborámos uma instrução de trabalho sobre a técnica de cateterismo vesical intermitente (Apêndice 14), com a proposta de aquisição de sondas próprias, uma vez que ainda se constata o uso de material desadequado. Após a sua revisão pelo elo de ligação do PPCIRA, as instruções de trabalho foram apresentadas à enfermeira chefe e ao grupo responsável pelo controlo de infeção na UGP, a fim de serem aplicadas.

3.3. Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Refere-se às intervenções junto da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal no seu ciclo de vida, bem como aos cuidados à sua família e ao grupo social em que está inserido, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o seu sofrimento em colaboração com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (Regulamento nº 188/2015 de 22 de Abril da OE).

3.3.1. Cuida de Pessoas com Doença Crónica, Incapacitante e Terminal, dos Seus Cuidadores e Familiares em Todos os Contextos de Prática Clínica, Diminuindo o Seu Sofrimento, Maximizando o Seu Bem-estar, Conforto e Qualidade de Vida.

Apesar do PIS se centrar maioritariamente sobre a pessoa em situação crítica, não significa que a pessoa em situação crónica ou paliativa não seja abrangida, ate porque cada vez mais as causas da MC dos potenciais dadores se prendem com causas médicas, sendo elevada a probabilidade de existência de diversas patologias, muitas delas crónicas.

Assim, ao longo do estágio promovemos ações que assegurassem que a pessoa e sua família eram detentores da informação pretendida, esclarecendo dúvidas, mostrando disponibilidade para escutar os seus medos e reservas, havendo momentos de choro e desabafo, que escutámos e apoiámos emocionalmente. Acompanhámos a pessoa e a sua família/pessoa significativa, que enfrentava problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico reservado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação, gestão do fim de vida e apoio no luto com recurso à identificação precoce e rigorosa dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Através dos nossos cuidados confortámo-los de forma multidimensional, sistemática e integrados numa equipa multidisciplinar. Dirigimos os cuidados à fase final da vida e não exclusivamente aos últimos dias de vida. Por diversas vezes, ouvimos a expressão “*não é para fazer nada*”, no entanto tanto havia a fazer, quer fosse através do controlo dos sintomas físicos, psicológicos, emocionais, sociais ou espirituais ajustados à progressão da doença e à deterioração do bem-estar, quer pelo apoio na comunicação baseado na relação de ajuda de forma a minimizar o sofrimento da pessoa doente e da sua família/pessoa significativa. Quantas vezes, ouvimos “*fique aqui só um bocadinho*”, ou ficámos de mão dada com aquela pessoa enquanto expressava o seu sofrimento ou simplesmente não se conseguia expressar, mas mantinha a sua mão agarrada à nossa. Visámos preservar não só a integridade corporal e a saúde, mas também a dignidade humana, por intermédio da sua consciência, agir livre e que se autodetermina (Lei 52/2012 de 5 de Setembro). Disponibilizámo-nos para conhecer o outro como pessoa para assim poder ir ao encontro das suas necessidades, acompanhar a família com uma comunicação aberta, uma informação correta e uma escuta ativa, para uma possível libertação de medos, receios, dúvidas e livre expressão de emoções. Foi importante reforçar a atuação dos

cuidadores, reconhecendo quando prestavam bons cuidados e valorizar as suas habilidades de forma a minorar as necessidades individuais destes.

Negociámos com a pessoa em situação de doença crónica e terminal os cuidados que no seu entender lhe pareciam mais favoráveis, fazendo a articulação com os médicos e refletindo sobre aquilo que era fundamental para aquela pessoa, evitando práticas desnecessárias. Solicitámos suporte e apoio, junto da família/pessoa significativa no sentido de funcionarem como parceiros, nos cuidados à pessoa doente. Nas situações em que o manifestaram ou que identificámos como necessário, foi sugerido à pessoa e à sua família, apoio domiciliário, recorrendo à Assistente Social. Assegurámos que a informação clínica era enviada no sentido da continuidade dos cuidados, para além de que em algumas situações estabelecemos contacto telefónico como forma de garantir e reforçar a informação. Promovemos ensino à pessoa e família sobre posicionamentos, alimentação entérica, levante, sinais e sintomas associados à patologia.

De forma a tornar a avaliação da dor mais objetiva foi nossa intenção perceber o sentido desta na sua globalidade, uma vez que a permanência no SU constitui uma descontinuidade na sua vida e provoca alterações não só físicas, mas psicológicas, sociais e espirituais. A dor foi um dos nossos focos de destaque principal, questionando a pessoa com doença crónica, com frequência, relativamente a este sintoma e solicitando também a prescrição médica de analgésicos, embora não esquecendo os restantes sinais e sintomas. Na UGP a avaliação desta é feita de acordo com a escala numérica da dor, que permite a autoavaliação, sendo que zero significa ausência de dor e dez, dor no seu grau máximo. No nosso entender a avaliação contínua e regular da dor permite uma otimização da terapêutica, melhora a qualidade de vida da pessoa, para além de lhe transmitir segurança nos cuidados. Nos casos em que a resposta não era possível procurámos obtê-la através do fácies e da reação ao toque, uma vez que não existe uma escala que permita a heteroavaliação.

Em algumas situações abordámos a família e a pessoa significativa, juntamente com o médico, no sentido de lhes comunicar o prognóstico, sendo importante o apoio e o esclarecimento de dúvidas posteriormente, à semelhança dos casos de potenciais dadores.

De uma forma muitas vezes semelhante, também desempenhamos um papel similar com a pessoa Insuficiente Renal Crónico em Hemodiálise, embora com um grau de proximidade maior. Nestes casos é notório o medo e as dúvidas para um tratamento

totalmente desconhecido bem como tudo o que o rodeia, para além da expectativa em conseguir um rim rapidamente. É notório o desânimo inicial, verbalizando preferir a morte, no entanto, o reconhecimento dos benefícios por parte da pessoa acaba por ser uma constante. E é nesta fase inicial que o papel do enfermeiro se mostra fulcral, facilitando o processo de transição e adaptação a uma nova realidade, que embora não permita a cura, ele permite à pessoa readquirir um nível mais aceitável de qualidade de vida, que não seria possível na ausência deste, como refere Meleis. A família/pessoa significativa também tem uma ação importante de suporte e apoio, pelo que as envolvemos precocemente, mostrando disponibilidade para ouvir, integrar e para o esclarecimento de dúvidas.

Como foi possível constatar uma das causas das sucessivas idas das pessoas dependentes ao SU, nomeadamente os idosos, devem-se às dificuldades dos cuidadores no domicílio. Por outro lado, verifica-se um aumento da cronicidade das doenças, o que contribui para que a pessoa sobreviva, contudo em situações de morbilidade e dependência de outros. As doenças crónicas trazem associadas a si várias complicações, maior dependência e maior procura dos cuidados de saúde. A doença crónica, os baixos rendimentos, o luto, a dependência, a perda de redes sociais e o isolamento, condicionam a saúde, a autonomia e a qualidade de vida. A existência de apoios domiciliários constitui uma rede de suporte muitas vezes insuficiente.

Apesar de termos verificado que grande parte das pessoas, que recorrem à UGP precisarem de facto de serem internadas, no nosso entender, em muitos casos as situações crónicas não teriam evoluído para formas tão graves, caso tivessem conseguido o devido acompanhamento e prevenção em articulação com os cuidados de saúde primários. O número de doentes crónicos que entra atualmente no SU, tem agora mais peso, o que poderia ser evitado e traduz-se em custos mais elevados¹⁶. Como refere Luís Campos, a urgência é a confluência dos problemas de saúde e sociais das pessoas, com todas as disfunções do sistema de saúde, mas ao mesmo tempo respondem de forma eficaz, resolvendo ou encaminhando os problemas das pessoas. O agravamento dos problemas de saúde das pessoas, que ocorrem necessariamente em todos os povos que empobrecem, e as restrições do SNS dada a crise económica, são em grande parte os responsáveis pelo agravamento do problema. Se por um lado, em Portugal, algumas das situações poderiam ser resolvidas nos cuidados primários, a falta de uma resposta integrada, proactiva aos

¹⁶ <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/cuidados-primarios-podiam-ter-evitado-18-dos-internamentos-de-doentes-cronicos-1615637>

doente crónicos, particularmente aos mais frágeis, idosos e com muitas co morbilidades, que são os principais frequentadores dos SU, provoca uma subida da afluência. Outros, embora menos, dirigem-se à urgência apenas por razão de proximidade ou conveniência de horário. A falta de vagas nas enfermarias com a consequente acumulação no SU é uma realidade com impacto negativo no atendimento das pessoas que aqui acorrem, seja em situação aguda ou crónica agudizada, pela falta de capacidade de resposta dos profissionais e pela precaridade dos cuidados, sujeitando estas pessoas a riscos acrescidos como o erro terapêutico e a infeções. O direito a cuidados de qualidade é posto em causa face a esta situação¹⁷.

Consideramos que os Módulos de Cuidados em Situação de Crise: cliente e família, de Intervenção de Enfermagem ao cliente com dor, para além dos Módulos de Relação de Ajuda e de Ambiente Seguro, foram fundamentais, à semelhança do que foi referido numa competência anterior, embora associado à pessoa em situação crónica e Paliativa.

3.3.2. Estabelece Relação Terapêutica com Pessoas com Doença Crónica, Incapacitante e Terminal, com os Seus Cuidadores e Familiares de modo a Facilitar o Processo de Adaptação às Perdas e à Morte.

A morte talvez represente a forma mais traumática da perda, na cultura ocidental. Com os avanços tecnológicos, as pessoas em situação terminal ganharam vida e o convívio por mais tempo. A morte constitui um tabu social, algo a ser temido. Deixou a casa, para passar a ser vivido nos hospitais, onde a pessoa sofre um processo de despersonalização, de perda de autonomia, de decisão e o direito de se preparar para ela, onde se morre sozinho, sem ninguém para partilhar os seus medos, dúvidas e angústias. A sociedade e a família mudaram a forma de “viver” a morte. A pessoa frequentemente morre só, rodeado de profissionais, pessoas estranhas, fios, tubos e aparelhos. Até meados do século XIX, a medicina procurava aliviar o sofrimento, hoje procura evitar a morte, mantendo a vida a todo o custo, com tecnologia complexa, como se de um inimigo se tratasse e não fim natural de todos nós. A morte foi removida da nossa vida, dos nossos pensamentos. Como

¹⁷ <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/ha-um-enorme-crescimento-do-numero-de-doentes-com-problemas-sociais-nos-hospitais-1681870>

não consegue eliminá-la, remetem-na para o esquecimento (Feliú, 2009; Pereira, 2010; Moreira, 2007). Do nosso ponto de vista esta transferência da morte do domicílio para o hospital, deveria obrigar a uma mudança de atitude por parte do hospital, para a qual não está preparado. Deste modo, constata-se atualmente que da totalidade de óbitos de um hospital, um número muito significativo ocorre no serviço de urgência, com especial incidência na sala de emergência. A questão que se coloca é a de saber como morrem as pessoas em fase terminal de vida no serviço de urgência. Num estudo desenvolvido por Pereira, Gomes e Pinto, citado por Veiga *et al.* (2009), num serviço de urgência muitas vezes a pessoa não está acompanhada, nem se estabelece uma relação de ajuda, nesta etapa final da vida enaltecendo-se apenas as execuções técnicas. O número crescente de permanência de doentes no SU em fase final de vida, torna esta etapa da vida penosa e solitária. Na nossa perspetiva, é assim urgente que os enfermeiros revejam a sua posição perante a morte, com o objetivo de proporcionar à pessoa em fase final de vida um acompanhamento digno, que passará pela relação de ajuda. *“a atuação do enfermeiro deve ser mais do que nunca, cuidar do doente, o que nestes casos (...) deve consistir essencialmente numa verdadeira relação de ajuda”* (Veiga *et al.*, 2009).

Por outro lado, os elevados custos, para além da falta de estruturas de forma a conseguir responder às necessidades das pessoas nesta situação e respetivas famílias, provoca uma procura elevada dos SU, sem qualquer tipo de vantagem, apenas agravando os tempos de espera (Moreira, 2007).

Perante uma pessoa que morre, o enfermeiro vê-se confrontado com os próprios sentimentos sobre a morte, com sentimentos de revolta pelo fracasso, impotência, medo de se envolver afetivamente e de se magoar, pelo que se torna mais fácil deixar morrer, do que ajudar a morrer, afastando-se e agarrando-se a técnicas e tratamentos desnecessários, ou seja, vão ocultando à pessoa, o seu sofrimento. Esta atitude não seria um problema grave se não tivesse influência sobre a pessoa e a sua família, na aceitação do diagnóstico e no tratamento. Assim, cuidar destas pessoas implica do enfermeiro, um auto conhecimento e um crescimento a nível emocional, que permita lidar com as suas emoções e com as dos outros, de forma a que ambos possam beneficiar. Como viemos a constatar pela reflexão que fomos realizando ao longo do estágio, os enfermeiros pela posição privilegiada que ocupam deveriam ser um importante contributo para derrubar os pensamentos negativos relativamente aos cuidados paliativos, no entanto questionamo-nos até que ponto, o

enfermeiro tem capacidade para desempenhar esse papel, por estar ele próprio envolto nos próprios mitos e crenças comuns do público em geral (Moreira, 2007). A morte é uma situação com que nos deparamos diariamente, no exercício da nossa profissão e tal como refere o REPE *“é a profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem, ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...) exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar”*¹⁵. É evidente que, para aquelas pessoas em que a doença se encontra numa fase muito avançada, não temos qualquer hipótese de interferir terapêuticamente com a perspetiva de cura, mas isso não significa que essa pessoa esteja condenada pela doença. Surge então a obrigação moral de parar o que é medicamente inútil e intensificar os esforços no sentido de amenizar o desconforto de morrer. Mesmo quando a esperança da cura acaba, continuamos perante um ser humano único, com direito a ser tratado com dignidade e individualidade, por uma equipa multidisciplinar. Importa uma inevitável articulação entre as várias estruturas, tendo como foco, tornar possível uma melhor qualidade de vida à pessoa em fase terminal e à sua família. *“Todas as pessoas têm o direito a ser tratadas de forma a viverem com o máximo de qualidade de vida possível e, no fim, a morrerem com dignidade. A luta pela implementação dos cuidados paliativos é uma luta em nome da dignidade humana”* (Moreira, 2007, p. 7). Como definiu a OMS em 1990, Cuidados paliativos são cuidados ativos e totais, prestados à pessoa que não responde aos tratamentos curativos. Visa o controlo da dor e de outros sintomas, dos problemas psicológicos, sociais e espirituais, sem agir sobre a causa. Visa proporcionar melhor qualidade de vida à pessoa e à sua família. Encaram a morte como um processo normal, não antecipando nem atrasando a morte e baseiam-se na mobilização das forças vivas destas, como forma de compensar as capacidades alteradas pela doença, tendo sempre em consideração as limitações que impõe. Tocar a pessoa e o seu familiar, por vezes é uma forma eficaz de o confortar. Ajuda os familiares a fazer uma transição mais suave da doença terminal para a morte e depois no luto (Moreira, 2007). Na nossa perspetiva existem limites nos cuidados, porque estes têm que fazer sentido para quem os presta e para aqueles a quem são prestados. Os cuidados só ganham sentido e têm valor, se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que faz sentido ou contribui para dar sentido à sua vida.

Como refere Kubler-Ross (1996) existem 5 estádios que antecedem a morte da pessoa. Primeiro é a negação e o isolamento. Ninguém está preparado para receber a notícia que tem uma doença terminal. Trata-se de uma defesa para lidar com a situação dolorosa. Segue-se a raiva e a revolta contra o mundo. Em terceiro a pessoa procura negociar a possibilidade de prolongar a vida. Segue-se a depressão pelo estado débil, as hospitalizações, as cirurgias, a preocupação financeira da família. Por último a aceitação, quando amparado profissionalmente e pela família em que aceita o seu destino com serenidade.

Se, por um lado, o desenvolvimento tecnológico apela ao desenvolvimento técnico, por outro, o aumento da esperança média de vida, com o consequente envelhecimento da população, surge a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afetiva. Schattschneider, citado por Moreira (2007) alerta para a necessidade de integrar componentes da imagem do passado, relacionados com o cuidar na atualidade, tecnicamente mais evoluído, no sentido de conciliar o interesse pela carreira com o interesse pelo cuidar.

A família é assumida como alvo dos cuidados tal como a pessoa, pois esta é o pilar do bem-estar da pessoa doente, pelo que também é necessário e essencial avaliar as necessidades da família. É redutor pensar que quem cuida de pessoas dependentes se limita à satisfação das atividades de vida diárias. Requer um esforço contínuo, levando muitas vezes ao limite as suas capacidades psicológicas, emocionais e físicas e que constitui uma enorme sobrecarga. Constatamos com alguma frequência que as prioridades da família, centravam as suas necessidades, na satisfação das necessidades da pessoa em situação terminal, comparativamente com as suas, desencadeando necessidades de ordem afetiva, cognitivas, dada a falta de informação, questões técnico práticas e falta de apoio formal, por arte da rede. Os cuidadores precisam de ter alguém de referência, em quem confiam. Por vezes surgiram situações de insegurança resultantes de um internamento, fruto de uma situação que correu menos bem no domicílio, pelo que esta família necessitou ser trabalhada, para que essa situação não representasse um entrave à alta. Quantas vezes nos deparamos com a exaustão aparente ou verbalizada do cuidador e que motivou o internamento, passível de ser evitado caso tivesse havido treino e preparação desta família.

Ao não dizermos a verdade, à pessoa, esquecemo-nos que o corpo dá sinais de colapso, por isso não contar a verdade pode causar conflito e impedir o cuidado com a

dignidade que é da pessoa por direito. Assim, definimos estratégias para que esta fosse mantida sem dor tanto quanto possível, de modo a que pudesse morrer confortavelmente e com dignidade, que a pessoa recebesse continuidade de cuidados e não fosse abandonada ou sofresse a perda da sua identidade pessoal. Importa que a pessoa tenha tanto controlo quanto possível no que se refere às decisões a respeito do seu cuidado e lhe seja dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica prolongadora de vida. Escutámos os seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças. Contribuímos para que a pessoa pudesse morrer onde queira morrer. Desmistificámos a questão de que a presença do familiar não tem significado quando em situação de coma, esclarecendo que a audição é o ultimo sinal a ser perdido pelo ser humano, apesar de não haver manifestação nem reação.

De forma a permitir o conforto espiritual, assegurámos as condições necessárias às práticas culturais, religiosas e espirituais associadas ao momento que precede e/ou sucede ao falecimento, bem como os cuidados a prestar ao seu corpo quer por parte dos profissionais quer pela família/pessoa significativa.

Refletimos sobre o sofrimento que inutilmente, não poucas vezes se acrescenta a uma agonia programada por uma terapêutica já inútil e somente utilizada para cumprir o dogma médico. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade. Defendemos que deve haver uma preocupação efetiva dos enfermeiros em promover a qualidade no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme preconizado pelos artigos 82 e 87 do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei 111/2009 de 16 de Setembro). Da mesma forma o conceito técnico, ético e legal aplica-se relativamente à MC não só por razões económicas mas também por um melhor aproveitamento dos meios disponíveis, dada a constatação da futilidade dos cuidados prestados a pessoas com lesões cerebrais irreversíveis e o encarniçamento terapêutico, sem sinais de atividade cerebral e pela necessidade de órgãos para transplante. Procurámos ouvir, compreender, estar presente, com vista a uma prática de cuidados humanizados. Em muitos momentos foi difícil encontrar palavras de conforto, embora nem sempre fosse necessário dizê-las. A demonstração de solidariedade por vezes foi suficiente. Mantivemos a pessoa e/ família informados, respondendo a todas as perguntas colocadas,

sem mentir e ter o cuidado de fornecer a informação de acordo com o que estes queriam saber, bem como ter sempre em atenção as suas reações. Promovemos o respeito pelos sentimentos e a forma como estes os manifestavam, dando espaço para a demonstração da perda, do medo ou da revolta. Assim, foi nossa intenção, proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível, em que a pessoa se mantivesse inserida no seu meio familiar ou pelo menos não afastada dele. A comunicação do prognóstico e da morte aos familiares e à pessoa significativa preferencialmente foi feita de forma presencial, com o médico, tendo sido explicados todos os procedimentos no sentido de facilitar o luto, garantindo a adequada informação, apoio logístico inerente à ocorrência do óbito e respetivos trâmites legais. Promovemos a empatia, a disponibilidade e a escuta ativa com vista ao apoio emocional da família enlutada.

Um exemplo concreto prendeu-se com uma situação em que a filha da pessoa que se encontrava em situação terminal, nos pediu para se deitar na cama junto da mãe, rodeada das restantes filhas, permanecendo assim até aos últimos momentos de vida junto desta. Este foi um momento de serenidade em que a pessoa e a família se despediram de forma tranquila, facilitando o processo de luto e tornando-o menos traumática. Foi um momento de grande aprendizagem e de profundo respeito e admiração por aquelas pessoas. Em algumas situações foi notório o reconhecimento dos familiares pelo apoio dado nos momentos antes e após a morte do seu ente querido.

Durante este estágio a morte foi um tema muito presente e de intensa reflexão, nomeadamente no que respeita ao papel do enfermeiro perante a morte, permitindo-nos amadurecimento e desenvolvimento. Foram mobilizados conhecimentos lecionados nos Módulos de Cuidados à Pessoa em Fim de Vida e Espiritualidade em Cuidados de Enfermagem.

3.4. Análise das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Nesta parte pretendemos refletir acerca de um conjunto de competências de índole mais diferenciado, próprias de uma prática especializada em enfermagem e que pressupõe um entendimento mais profundo sobre a forma de resposta do ser humano enquanto pessoa nos processos de saúde-doença, na visão de Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica

(Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho). Seguem-se as competências de mestre a desenvolver conforme o Guia de Curso- 2º Semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ano Letivo 2014/1015) da ESS/IPS.

3.4.1- Demonstra Competência Clínica Específica Na Conceção, Gestão E Supervisão Clínica Dos Cuidados De Enfermagem

Nos dias de hoje a evidência está em constante mudança levando a uma evolução e inovação da enfermagem. Ao longo da vida profissional só é possível crescer quando a formação é reflexo das interrogações que se colocam na nossa prática, desempenhando um papel fundamental no desenvolvimento teórico e prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade, conduzindo a alterações consistentes na prática do cuidar e aumentando a qualidade. Sabendo que do enfermeiro especialista são esperadas competências que lhe permitam ter elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e ainda de lhe permitir promover a formação, investigação e assessoria na área de intervenção definida para a especialidade, foi nosso objetivo, refletir, dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas e profissionais, mostrando iniciativa e criatividade na procura de soluções, pelo que nos propusemos reformular o procedimento setorial, elaborar sessões formativas sobre a temática do PIS e elaborar as instruções de trabalho. Assim, identificada a temática em resultada da necessidade sentida e com o objetivo de dar resposta a essa lacuna foi elaborada uma sessão formativa e o respetivo plano de formação. Na nossa opinião este tipo de formação e documentos são uma mais-valia para a equipa, pela reflexão, modificação de comportamentos, reconstruindo saberes e melhorando a qualidade dos cuidados, contribuindo para ganhos em saúde, mas principalmente para nós, enquanto formadores, pois é sempre quem mais aprende e que permitiu o desenvolvimento desta competência. Ou seja, esta remete-nos para o processo de enfermagem, uma vez que olhamos para a pessoa/família inserida num contexto e formulamos diagnósticos de acordo com a avaliação realizada, logo definimos intervenções que serão de acordo com as competências e o aperfeiçoamento do enfermeiro, baseada numa dimensão ética e deontológica. Implica uma avaliação exaustiva, que remete para uma tomada de decisão clínica, autónoma e segura, fundamentada em premissas “*de natureza científica, técnica, ética, deontológica e de justiça*” (Deodato, 2008, p. 27). A fase de identificação do problema é preponderante para a tomada de decisão e que se supõe sustentada em princípio

éticos (Autonomia, Justiça, Beneficência e não Maleficência) e nos valores profissionais inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro, especificamente no respeito pelos direitos do Homem, na responsabilidade social e na excelência do exercício profissional. A UGP, é por excelência um serviço com inúmeras situações críticas que obriga à tomada de decisão rápida, que devem ser avaliadas e ponderadas, no sentido de uma gestão eficaz. Se por um lado, diariamente os enfermeiros na UGP são confrontados com exigências diferentes em cuidados diferentes para pessoas diferentes, importa respeitar um conjunto de princípios, que orienta e mantém a qualidade dos cuidados. Esses princípios resultam de uma constante evolução científica e do suporte jurídico, pelo que a reflexão desempenha um papel fundamental (Deodato, 2008). Assim, do ponto de vista ético e de acordo com o Código Deontológico (Lei 111/2009 de 16 de Setembro), a relação entre quem cuida e quem é cuidado deve pautar-se por princípios e valores que fomentam a dignidade humana e a liberdade, devendo estar presentes em todas as intervenções de enfermagem. Fomentámos a coesão dinâmica, no sentido de reforçar valores como a satisfação das necessidades e a manutenção da dignidade humana, transmitindo-os aos restantes cuidadores. Zelámos para que o cuidar refletisse o nosso saber e as nossas competências, tendo por base o Código Deontológico do Enfermeiro e assim conferir-lhe credibilidade e reconhecimento. Promovemos de forma responsável a gestão dos cuidados na nossa área de especialização, prestando cuidados e tomando decisões fundamentadas e com evidência científica sem esquecer as implicações éticas. Essa gestão é a garantia da qualidade prestada que passa pelo desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz. Mobilizámos conhecimentos na área da gestão, aquando do acompanhamento do enfermeiro chefe de equipa e responsável pela gestão, como a gestão de conflitos, mantendo sempre uma conduta de respeito para com os elementos, essenciais para a liderança da equipa, envolvendo responsabilidade, determinação, dedicação, entusiasmo, otimismo, comportamento profissional e coerência.

Acompanhando os Coordenadores de doação dos GCCT, ajudou-nos a perceber e a refletir sobre a sua importância, na articulação com outros profissionais, na gestão de material, na alocação dos órgãos, nos conhecimentos quer em termos jurídicos, técnico e humanos que têm que mobilizar e para conseguirem reunir uma equipa capaz de dar resposta às exigências.

Considerámos que desenvolvemos esta competência com a integração de novos enfermeiros no serviço, mas também na prática diária, ainda que de uma forma informal, com os pares com menos experiência ou com *expertise* em determinadas áreas, assim como pela orientação de estudantes em estágio, onde pudémos ampliar a supervisão clínica, sendo um papel estimulante, pois reflete o reconhecimento da qualidade dos cuidados prestados. Para além disso o conceito de supervisão clínica, integra-se na medida em que se espera que o enfermeiro avalie a prática de forma a assegurar cuidados de qualidade, profissionais, equitativos, éticos e que contribuam para a segurança e proteção da pessoa em situação clínica complexa. Conseguimos gerir e adaptarmo-nos às novas realidades com que nos deparámos em estágio, como a permanência junto da família após uma má notícia, o lidar com todos os sentimentos do outro e os próprios, que envolvem a situação da MC, na identificação de potenciais dadores ao proceder à sua referência junto do GCCT, mobilizando para o efeito conhecimentos obtidos na literatura e acompanhando o enfermeiro orientador.

O Módulo de Gestão de Processos e Recursos e de Supervisão Clínica, através do trabalho desenvolvido, com base nas experiências profissionais e dos conteúdos expostos, foi bastante importante na aquisição desta competência.

3.4.2- Desenvolvimento Autónomo De Conhecimentos E Competências

Desde sempre pautámos o nosso conhecimento em formação, tendo-se iniciado com o Curso de Enfermagem, seguido do Complemento de Formação em Enfermagem, do Curso de Hemodiálise, da Pós Graduação em Controlo de Infecção em Saúde, da Pós graduação em Enfermagem Forense, do Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores e culminando neste momento com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Participámos em diversas formações como participante e como preletora a nível profissional. Fomos coautoras na elaboração de dois pósteres expostos em dois congressos e apresentámos um projeto em comunicação livre, no âmbito da Pós Graduação em Controlo de Infecção em Saúde. Relativamente ao PIS reformulámos um procedimento setorial e elaborámos 2 pósteres. No âmbito do PAC criámos 3 instruções de trabalho. Esta competência foi desenvolvida ao longo dos 3 estágios e foi aquela que nos

permitiu refletir acerca das aprendizagens no que respeita à consciência singular do nosso ser enquanto pessoas e enquanto profissionais.

Nos estágios mostrámos interesse, disponibilidade e recetividade para aprender. Para que a aprendizagem fosse contínua e face às dúvidas e às necessidades sentidas e indo ao encontro de Fortin (2009, p. 87) realizámos uma revisão da literatura que consiste num “*reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação*”. Permite recolher informação escrita sobre o tema que nos propomos estudar e perceber como o problema foi estudado. Assim, realizámos várias leituras pertinentes, no sentido de desenvolver conhecimentos e adquirir competências que envolvesse não só os cuidados ao potencial dador, na identificação, manutenção, PMC, referenciação, mas também na abordagem da família, aquando da comunicação de más notícias, utilizando por exemplo o modelo de Buckman. Foi também fundamental para a revisão do procedimento setorial. A elaboração das instruções de trabalho também obedeceu a uma pesquisa bibliográfica exaustiva, com vista à melhoria das práticas. Sempre que surgiram dúvidas, estas foram esclarecidas com os vários profissionais, de forma a mantermo-nos informados e assim desenvolver as nossas competências quer profissionais quer pessoais.

A introspeção foi fundamental no sentido de lidar e conhecer os próprios sentimentos que envolveram o cuidar do PD e a morte. Por outro lado, refletir sobre os sentimentos de dor, angustia, desespero, ansiedade, dúvidas, daquele a quem é comunicada a perda de um ente querido e a doação de órgãos, foram igualmente importantes no sentido de mobilizar estratégias que visam o apoio e a humanização da relação. Mobilizámos igualmente estratégias que visassem a resolução de problemas aquando das práticas mas também junto da pessoa e família, respondendo a questões, utilizando um discurso ajustado e devidamente fundamentado, pelo que também foram fundamentais as pesquisas bibliográficas realizadas no sentido de aperfeiçoar as respostas dadas perante situações novas e complexas. Consideramos que estas questões foram de grande crescimento quer pessoal quer profissional, pelo que demonstrámos capacidade de lidar com elas e mostrando disponibilidade para cuidar quer da pessoa quer da sua família, promovendo o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, permitindo em simultâneo basear a prática clínica em conhecimentos validos e sólidos.

A busca incessante de saber mais, para fazer melhor, associado à enfermagem, implica estar ciente dos saberes, das dificuldades e reconhecer que através da execução do

nosso trabalho espelhamos a nossa eficácia e eficiência, que se reflete no cuidar do outro. Importa reconhecer que o enfermeiro é um elemento essencial na equipa multidisciplinar e por consequência procurámos o conhecimento mais atualizado e adequado. Como refere Boterf (2006) os conhecimentos não se esgotam no saber, nem tão pouco no saber fazer, mas sim em saber mobilizar conhecimentos, integrar e transferir conhecimento adquiridos, quer em formação, quer pela experiencia profissional e que se manifestam nos contextos de trabalho específicos.

Consideramos que todos os profissionais com quem contactámos em estágio, procuraram enriquecer o desenvolvimento das nossas competências, dando-nos a conhecer novas realidades e promovendo momentos que consideraram ser fundamentais para a nossa aprendizagem, com novas experiências e oportunidades, com base nos objetivos por nós definidos e que foram aproveitadas na totalidade. Alguns exemplos prendem-se com o Curso que realizámos, com a possibilidade que tivemos de acompanhar a equipa de transplante, pelo suporte material facultado nos estágios, pela amabilidade demonstrada por todos e o à vontade com que sentimos, fundamentais para a aprendizagem.

3.4.3- Integra Equipas De Desenvolvimento Multidisciplinar De Forma Proactiva

Desde início que agimos no sentido de nos adaptarmos aos locais de estágio, demonstrando disponibilidade e recetividade em compreender a dinâmica de cada serviço, comunicando situações e trocando opiniões com os profissionais. Claro que o facto de termos encontrado profissionais também eles disponíveis, peritos nas suas áreas e muito recetivos, nos facilitou a integração e nos ajudou a compreender as suas dinâmicas.

A participação nas atividade em cada estágio, permitiu-nos aplicar conhecimentos, desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, demonstrando capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos. Numa fase inicial, ao longo dos estágios analisámos os protocolos e as normas existentes, como estratégia facilitadora de integração na equipa. Tendo em conta o estado emocional, bem como a gravidade da situação da pessoa, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares, integrámos a equipa multidisciplinar aquando das reuniões

familiares, com vista à comunicação de más notícias, dando apoio. Em diversas situações, promovemos a discussão de casos ou questões, no sentido de levar à reflexão e à pesquisa, proporcionando a melhoria dos cuidados. Com o desenvolvimento do PIS, pretendemos formar a equipa multidisciplinar, através das sessões de formação, envolvendo-a de forma pró-ativa e sensibilizando para a temática em estudo, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A extensão das sessões formativas não se limitaram aos enfermeiros, embora se baseassem em cuidados de enfermagem, tendo de igual forma os médicos aderido e participado ativamente. É nossa pretensão que o procedimento setorial reformulado, os pósteres e a instruções de trabalho elaborados no contexto da UGP, no futuro sejam utilizados como diagnóstico e planeamento de intervenções, formando e criando novas dinâmicas. Da mesma forma, aquando da reformulação do procedimento setorial e da elaboração dos pósteres, os peritos escolhidos para a análise dos mesmos não se restringiram aos enfermeiros especialistas da UGP mas também aos enfermeiros coordenadores do GCCT e a um neurocirurgião. Para análise das instruções de trabalho, para além dos peritos na área na UGP, foi também solicitado parecer à enfermeira, elo de ligação do PPCIRA.

O convite para integrar os grupos de trabalho relativos aos cuidados ao potencializador e sua família, ao doente vulnerável (violência sexual e doméstica) e o GCCT são o reconhecimento do trabalho desenvolvido em contexto multidisciplinar, funcionando como um incentivo para continuar.

3.4.4- Desenvolvimento De Tomada De Decisão E Raciocínio

Refletir sobre a prática quotidiana, eleva-nos para um nível superior de conhecimentos, permite-nos crescer enquanto pessoas e enquanto profissionais. A prática reflexiva conduz muitas vezes a um conhecimento sólido de práticas e saberes, mas implica também ter capacidade de reconhecer o erro ou aceitar a mudança. Alarcão (2001, p. 57) define que “*refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa atividade conceptualizada lhe atribui significado*” e que só desta forma as experiências vividas poderão ter um carácter formativo, com conhecimento do que se faz e como se faz. Ao refletir sobre as dificuldades sentidas e vividas durante os estágios, e as que são sentidas pela família/pessoa significativa, estas permitiram-nos abordar questões

complexas. Assim, através de um pensamento crítico, foram mobilizando os conhecimentos apropriados e as habilidades de julgamento da prática, nomeadamente no que respeita à abordagem da pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e sua família, às questões éticas que medeiam a doação, às práticas menos corretas no que respeita à técnica de esvaziamento vesical intermitente e de lavagem vesical. Foram desenvolvendo atividades, sempre refletindo sobre as mesmas, para uma melhor aprendizagem e assim para um melhor desenvolvimento. A pesquisa bibliográfica foi uma constante na busca de informação, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Importou avaliar as necessidades da pessoa/ família para que pudessem dar as respostas em função das prioridades sentidas e em tempo útil. Para isso foi necessário elaborar um plano de atuação de acordo com os conhecimentos adquiridos na especialidade e sempre de forma reflexiva.

A tomada de decisão, teve que ser feita em cada contexto, pois cada pessoa era única. Foi vista como um todo e não como a soma das partes. Traduziu-se no foco dos nossos cuidados. A tomada de decisão de um perito sobressai pela capacidade de gerir situações complexas de forma eficaz e eficiente, pelo que nos baseámos em argumentos científicos rigorosos, tendo por base uma conduta ética e deontológica, de forma a identificar as estratégias mais adequadas para a resolução dos problemas e avaliar os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este foi um processo consciente e que resultou das competências que se adquiriram e desenvolveram através da praxis. Assim, através da realização do PIS, procurámos selecionar meios e estratégias adequadas para resolução do problema, tendo sido fundamental um maior conhecimento que permitiu melhor análise e melhores resultados, sendo também fundamental a credibilidade das fontes.

Na perspetiva deontológica, a responsabilidade do processo de tomada de decisão engloba fatores positivos de que o enfermeiro deve estar ciente, aquando das suas ações, uma vez que através do seu comportamento, influencia o estado emocional da família. Por outro lado conhecimentos bem estruturados, promovem bons cuidados ao potencial dador, com aumento do número de órgãos para transplante. Fazendo a ponte com a Teoria de Meleis, também a família pode realizar transições mais ou menos saudáveis da sua experiência, fazer diferentes entendimentos e vê-la como uma perda ou como oportunidade de dar vida a outra pessoa.

Para além disto, e em articulação com o PIS desenvolvido, consideramos que a MTP utilizada também evidenciou a necessidade de argumentação rigorosa em todas as etapas da sua elaboração.

A destacar os Módulos de Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, os Cuidados ao Cliente com Falência Orgânica, com Múltiplos Sintomas e em Situação de Urgência, fundamentais para a aquisição desta competência.

3.4.5- Investigação Para A Promoção Da Prática De Enfermagem Baseada Na Evidência

A Enfermagem está em constantes mudanças, sendo dever do enfermeiro estar atualizado e pronto a agir conforme a evidência científica, respondendo prontamente a cada desafio. Torna-se necessário ter conhecimentos credíveis e aplicáveis, nos quais possamos sustentar a nossa prática. Uma vez que esta deve ser baseada na evidência, atribui-se à investigação um papel fundamental.

A construção do conhecimento, a reformulação do procedimento, a elaboração das sessões e dos pósteres, obrigaram a uma extensa investigação na área da doação, da abordagem da pessoa em MC e da sua família, recorrendo à MTP, a procedimentos e diretrizes recentes. Se por um lado, os estágios permitiram a aquisição de competências no que respeita ao saber fazer e ser, a pesquisa iniciada no segundo semestre permitiu, a aquisição de conhecimentos relativamente a uma temática pouco explorada por nós e que se revelou crucial aquando dos estágios, havendo toda uma necessidade de lhe dar continuidade no semestre seguinte, dada a quantidade de informação. É nossa pretensão continuar a investigar nesta área, uma vez que estamos mais alerta para a identificação de potenciais lacunas do conhecimento e da prática, de modo a transformá-las em oportunidades relevantes para a investigação. Através da realização do PIS e do PAC pretendemos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem prestados na UGP, no que respeita à área especializada. Para o desenvolvimento do PIS, recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica baseada na evidência, procurando as evidências mais atuais para que fosse pertinente e atual e que contribuísse para a prática. Dado integrarmos o grupo da UGP, relativo a esta temática e termos sido convidados a integrar a equipa de colheita do GCCT do Hospital X, faz todo o sentido mantermo-nos atualizados a

todos as novas diretrizes e estudos, numa aprendizagem contínua sobre a temática do PIS, a fim de promover e basear a nossa atuação em práticas com evidências.

Visto a vulnerabilidade da pessoa, vítima de violência sexual e doméstica, ser uma realidade cada vez mais presente, trata-se igualmente de um tema de extrema importância, que obrigou o grupo de trabalho, do qual fazemos parte, a investigar no sentido de desenvolver procedimentos e instruções de trabalho, que norteiem as práticas nesta área, de forma consistente.

Da mesma forma os cuidados à pessoa em fim de vida e sua família, exigem que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos e práticas suportados na evidência através dos cuidados que presta nesta fase da vida. Desta forma consideramos que contribuimos de forma precisa para a prática de enfermagem baseada na evidência. Na Unidade Curricular de Investigação e Ética e Investigação foram abordados conteúdos importantes para a compreensão e execução da investigação, bem como para a elaboração do PIS. A produção de um artigo neste relatório, teve também como objetivo contribuir para a investigação que impulsiona a prática de enfermagem baseada na evidência. No Módulo de ética e Investigação foi realizado um trabalho relativo às Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAVs), aplicável ao PIS aquando da abordagem da pessoa em situação NC e à globalidade das pessoas na UGP.

3.4.6- Realiza Análise Diagnóstica, Planeamento, Intervenção E Avaliação Na Formação Dos Pares E De Colaboradores, Integrando Formação, A Investigação, As Políticas De Saúde E A Administração Em Saúde Em Geral E Em Enfermagem Em Particular

É inevitável que a enfermagem nas últimas décadas, se tem vindo a caracterizar como uma profissão em contínuo desenvolvimento, na conquista de novos horizontes e perspectivas por meio do saber profissional e da inovação tecnológica, evidenciando o enfermeiro como peça fundamental tanto na abordagem de potenciais dadores de órgãos/tecidos e sua família, como na efetivação da doação. Devido à importância social que representa a doação de órgãos e tecidos, acreditamos que estratégias de esclarecimento tanto de profissionais, como da sociedade podem contribuir para a sobrevivência de milhares de pessoas que aguardam na fila por um transplante. Perante isto, revela-se a importância

do enfermeiro, no que diz respeito à doação e manutenção para a colheita de órgãos e tecidos, com conhecimentos e formação adequada, não só para dar informações necessárias aos familiares/pessoa significativa, mas também para identificar um potencial dador e colaborar na manutenção para posterior doação. O enfermeiro possui um papel atuante no processo de doação/transplante, devendo ser capaz de corresponder às necessidades básicas que o envolvem. Considerando a complexidade do processo, precisa ser bem treinado, atualizado e capacitado, acompanhando a evolução tecnológica e científica. Partindo do princípio que o cuidado é a razão de ser da enfermagem, torna-se imprescindível que o enfermeiro tenha um amplo conhecimento das possíveis complicações, para que o cuidar seja realizado, com o intuito de satisfazer as necessidades fisiológicas e o potencial dador se torne um dador efetivo. Trabalhar com a família respeitando estas condições ajuda os seus membros a definir significados e atribuir uma nova realidade às experiências e interações, servindo de base uns dos outros, de forma a diminuir o sofrimento pela perda. Por outro lado, o ambiente onde se desenvolve o agir, influencia a tomada de decisão e por consequência o planeamento e a gestão dos cuidados. Foi neste âmbito que convergiu a nossa pesquisa e o trabalho de projeto na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos e tecidos. Com o intuito de sensibilizar a equipa de enfermagem e desenvolver um agir mais seguro e eficaz, antecipando os problemas e condições da pessoa, através da reformulação do procedimento setorial, das sessões de formação e dos pósteres, foi possível desenvolver esta competência. Tomando como linha orientadora a teoria das transições de Meleis, definindo o suporte que é dado pelo enfermeiro como facilitador das transições, o PIS determinou a forma como um planeamento eficaz, prévio à atuação, com a clarificação da mesma, pode facilitar o processo de consciencialização da família, neste período de dor, perda de um ente querido e partilha de informação sobre a doação de órgãos e tecidos.

Assim, a frequência deste Mestrado permitiu a aquisição desta competência que se focou essencialmente nesta vertente de formação através da execução do PIS, à semelhança do Curso de Pós graduação em Controlo de Infecção em Saúde, em que foi desenhado um Plano de atuação para uma eventual Pandemia de Gripe na UGP. Outro contributo fundamental foi o Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores em que realizámos formação aos pares sobre SBV. Todos eles permitiram uma análise diagnóstica, de planeamento, de intervenção e de avaliação em formação, assim como na investigação.

Se por um lado a utilização da MTP permitiu englobar todas estas fases, por outro lado a elaboração do PIS permitiu envolver toda a equipa, através das sessões de formação que foram realizadas. As instruções de trabalho elaboradas, partiram de uma problemática identificada. A visibilidade científica só pode ser efetiva se o conhecimento científico for partilhado e publicado em revistas científicas e disponível em bases de dados acessíveis. A divulgação gera uma cultura científica de consumo e utilização, levando a novas investigações e ao crescimento da Enfermagem (Rodrigues, 2009). Enquanto futuros Mestres pretendemos publicar um artigo científico referente ao PIS como forma de divulgar o projeto, que trata uma temática atual, pertinente e comum a outras UGPs. Aquando da integração de novos elementos e de estudantes em estágio, agimos no sentido de divulgar os procedimentos da UGP e políticas institucionais.

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu dar visibilidade ao trabalho realizado ao longo de 3 Semestres em que foi desenvolvido um PIS e um PAC, mas também com uma perspetiva futura, acerca do que pretendemos desenvolver.

A realização deste relatório foi de extrema importância pois proporcionou uma oportunidade ímpar de crescer, aprendendo e refletindo sobre as diferentes vertentes, ou seja, contribuiu para planear o percurso individual de aprendizagem a desenvolver, proporcionando momentos de reflexão sobre o caminho percorrido para a aquisição de competências, as opções estratégicas tomadas para tal e que de forma as dificuldades foram ultrapassadas. Contribuiu para o desenvolvimento de competências, através da elaboração do PIS, que consideramos fundamental para o desenvolvimento da organização. Tal projeto mobilizou um vasto conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo das UCs integradas no plano de estudos e permitiu refletir acerca das competências de Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, agora numa vertente prática. O PIS sob o tema Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, pretendeu responder a uma lacuna existente a nível organizacional, o que trouxe uma dupla satisfação pessoal e profissional, procedendo-se à reformulação de um procedimento setorial.

A escolha do tema, deveu-se à nossa experiência enquanto cuidadores. Enquanto enfermeiros, cuidamos e zelamos pelo cuidado do outro, ser holístico, com o objetivo de preservar a vida, mesmo que seja a de quem nunca vimos, partindo dos cuidados a quem temos perante nós. Conseguimos realçar a importância da capacitação e da qualificação do enfermeiro que atua nesta área, com conhecimentos técnicos (teórico práticos), legais, logísticos, éticos e assistenciais na manutenção do dador e de suporte e acolhimento da família. Como peça fundamental na equipa multidisciplinar, demonstrámos como atitudes positivas e negativas, influenciam de forma clara todo o processo, adiando ou contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de quem vive em lista de espera por um transplante e com um futuro ameaçado com dúvidas e medos. Para além disso a abordagem e o acompanhamento precoce da família verificou-se um fator preponderante em todo o processo, sendo a comunicação, fundamental na ajuda da compreensão da situação, no

esclarecimento de dúvidas, mostrando disponibilidade na escuta. Para a elaboração do PIS foi fundamental uma revisão bibliográfica e o enquadramento conceptual, que se baseou na Teoria de Meleis, pilar para a estrutura de todo o trabalho.

Este percurso autocrítico revestiu-se de primordial importância no sentido de que promoveu a nossa maturidade, alterações comportamentais, posturais e abriu novos horizontes para além de agir com competências mais humanas, técnicas e científicas na prestação de cuidados na qualidade de Especialista e de Mestre nesta área científica de modo a podermos cuidar melhor da pessoa/família com necessidades. Contribuímos para o seu bem-estar não só durante a nossa prática, mas ao longo das 24 horas, visível no PAC e em que também foram elaboradas 3 instruções de trabalho, 2 posteres e reformulada a folha de identificação das macas, com base em problemáticas identificadas.

O facto do estágio da UGP, ter sido realizado em contexto profissional reforçou a autonomia e maximizou a gestão do tempo por intermédio de uma integração mais célere. A destacar de forma muito positiva as opções que fizemos no que respeita aos restantes campos de estágio e à sua sequência, pois demonstraram ser os ideais para o desenvolvimento dos objetivos definidos, pelas oportunidades vivenciadas e por todos os momentos de aprendizagem.

As tutorias serviram de guia orientador, redefinindo conceitos e direcionando o pensamento de forma objetiva, clara e eficaz. Foi neste sentido que elaborámos este projeto dirigido à pessoa. A temática veio ao encontro de expectativas formativas pessoais, esperando no entanto, que venham a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a estas pessoas, no nosso contexto profissional. O intercâmbio de experiências e conhecimentos em estágio foram uma constante, quer pelas sessões formativas que realizámos quer com os pares e orientadores, no sentido da procura de novos saberes.

Face ao exposto, consideramos cumpridos os objetivos delineados uma vez que para além de enquadrar concetualmente a prática desenvolvida, contextualizámos os locais de estágio, apresentámos o PIS de acordo com a metodologia de projeto, avaliámos a sua adequação à atualidade e apresentámos o PAC englobando as Competências Comuns, Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre.

Não podemos deixar de referir o esforço exigido no sentido de conciliar a atividade profissional, a vida pessoal e atividade académica. Se por um lado, o trabalho foi muito árduo, a nós o devemos e a todos os que sempre nos apoiaram para podermos

concretizar positivamente este esforço. A referir também as dificuldades encontradas para a realização do estágio em Espanha, dadas as constantes ausências de resposta por parte dos hospitais.

Terminado este percurso formativo, é nossa pretensão continuar a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados com vista à excelência do exercício profissional, quer através da prática e dos grupos que integramos, quer através de sessões formativas dos pares e de futuros profissionais através da investigação sustentada, de modo a alargar as bases científicas que fundamentam a *praxis* em Enfermagem.

Gostaríamos que este relatório não fosse apenas uma meta, mas um meio para que no futuro possa contribuir para a diminuição da perda de potenciais dadores em MC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, M. I. F. [et al.] (2010) Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (3), p. 353-60. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>
- Alarcão, I. (2001) Formação Reflexiva. *Revista Referências*, 6, p. 53-59. Acedido em Setembro 10, 2015 http://rr.esenfc.pt/pa3/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2076&id_revista=5&id_edicao=21.
- Alves, H. (Março de 2013) Transplantação- história, organização, legislação e polémicas. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://hdl.handle.net/10400.18/2196>
- Antunes, M. (Outubro de 2014) Alargar critérios de seleção de dadores como prioridade. *Transmissão* (3). p. 22 Acedido em Outubro 25, 2015, em <http://www.spt.pt/download/revista-transmissao-3.pdf>
- Arbour, R. B. (Dezembro de 2013) Brain Death: Assessment, Controversy and Confounding facts. *Critical Care Nurse*. 33 (6), p. 27-46. Acedido em Outubro 10, 2015, em <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/6/27.full>
- Barradas, J. F. G. (2010) Atitudes dos enfermeiros perante a morte cerebral e transplantação de órgãos. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia-Especialização em Psicologia da Saúde. Faro. Acedido em Outubro 10, 2015, em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2076/1/Relatorio30-12.pdf>
- Becker, S. [et al] (Janeiro/Junho de 2014) A Enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial dador. *SANARE, Sobral*, 13(1), p. 69-75. Acedido em Maio 18, 2015 em <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/435>

- Bousso, R. S. (Janeiro/Março de 2008). O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(1), p. 45-54. Acedido em Março 15, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100005.

- Boterf, G. (Junho de 2006) Avaliar a competência de um profissional- Três dimensões a explorar. *Pessoal*, (46), p. 60-63. Acedido em Maio 15, 2015, em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.

- Cabral, J. S. [et al.] (2009) Ações de enfermagem na manutenção do potencial dador: relato de experiência. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Transformação Social e sustentabilidade ambiental, Centro de convenções do Ceará, Fortaleza, 7 a 10 de Dezembro, 2009. p. 3119-3122. Acedido em Abril 10, 2015 em http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00925.pdf

- Caple, C. (7 de Novembro de 2014) Organ Donor (Non-living): Care of. *Nursing Practice & Skill*. ICD-9, 00.93.

- Casal, A. S. & Batista, M. J. (Março de 2014) Papel do enfermeiro na manutenção de potenciais dadores em morte cerebral. *I Congresso Internacional- A pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem- Universidade do Minho. p. 33. ISBN 978-989-98852-0-2. Acedido em Maio 2, 2015, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30151/4/livro%20atas%20PSC%202014.pdf>.

- Cavalcante, L. P. [et al] (2014) Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial dador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27 (6), p. 1-5. Acedido em Abril 2, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf>

- Cinque, V. M. & Bianchi, E. R. F. (2010) Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44 (4), p. 996-1002. Acedido em Março 25, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400020

- Circular Normativa: Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado nº 7/DQS/DQCO (31 de Março de 2010). Direção-Geral de Saúde. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcqco-de-31032010-pdf.aspx>

- Committee on Quality of Health Care in America (1999) To err is Human: Building a Safer Health System. *Institute of Medicine*. ISBN 978-309-06837-6. Acedido em Abril 1, 2015, em http://www.qu.edu.qa/pharmacy/development/documents/14ay/To_Err_is_Human_1999_report_brief.pdf.

- D'Império, F. (Janeiro-Março de 2007) Morte encefálica, cuidados ao dador de órgãos e transplante de pulmão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (1), p. 74-84. Acedido em Março 20, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100010

- Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994. *Diário da República nº 235-I-B Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Maio 1, 2015, em <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+transplantacao.htm>

- Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro. *Diário da República nº 223- I-A Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Março 31, 2015, em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=238&tabela=leis

- Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Junho. *Diário da República nº 121-I Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Acedido em Novembro 31, 2015 em <http://portal.ipv.pt/portal/page/portal/5DB982005E174D3BB6D946A4C83188AE>

- Decreto-Lei nº 2/2015 de 8 de Janeiro. *Diário da República nº 5-I- Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Novembro 31, 2015 em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2259&pagina=1&ficha=1

- Decreto-Lei nº 168/2015 de 21 de Agosto. *Diário da República nº 163-I- Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Setembro 30, 2015, em <https://dre.pt/application/conteudo/70064734>

- Dell Agnolo, C. M. [et al.] (Setembro de 2009) A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 30 (3), p. 375-82. Acedido em Abril 10, 2015, em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343>

- Deodato, S. (2008) Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade. Coimbra. Almedina. ISBN 978-972-40-3401-0.

- Despacho nº 26951/2007 de 26 de Novembro. *Diário da República nº 227- II Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em <http://www.asst.min-saude.pt/Paginas/legislacao.aspx>

- Despacho nº 14341/2013 de 6 de Novembro. *Diário da República nº 215- II Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/28F07131-EFC4-44F5-BCCD-64F73FBE5120/37127/Desp14341_2013_doacaoOrgaos.pdf

- Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto. *Diário da República nº 193- II Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/4285>

- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. *Diário da República N.º 28-II Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Setembro 30, 2015, em <http://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/despacho-n-o-1400-a2015-ministerio-da-saude-aprova-o-plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020/>

- DGS- Direção Geral de Saúde (2003) Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Gráfica Maiadouro. Acedido em Março 10, 2015, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

- Erlacher, R. G. N. [et al] (2014) Cartilha Técnica- Doação de Órgãos para Profissionais de Saude. Central de Transplantes do Espírito Santo. Acedido em Novembro 10, 2015 em http://antigo.saude.es.gov.br/download/Cartilha_Tecnica_Revisada.pdf

- ESS/IPS (2011) Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESS. Departamento de Enfermagem.

- ESS/IPS (Ano Letivo 2014-2015) Guia Orientador 2º Semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Departamento de Enfermagem.

- ESS/IPS (Ano Letivo 2014-2015 e 2015-2016) Guia Orientador dos estágios 2º e 3º Semestres do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Departamento de Enfermagem.

- ESS/IPS (Ano Letivo 2014-2015) Guia para a elaboração do Relatório de Trabalho de Projeto/Estágio. Departamento de Enfermagem.

- Fernandes, A. P. & Gomes, A. (2013) Detecção precoce de possíveis dadores em MC através de imagiologia. 2^{as} Jornadas Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Acedido em Março 17, 2015, em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1156>

- Feliú, X. (2009) Enfrentando a morte: a experiência de luto em famílias de doadores de órgãos e tecidos. Monografia do Curso de Aprimoramento Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto. 4 Estações Instituto de Psicologia. São Paulo. Acedido em Abril 5, 2015, em http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia_ximena_feliu.pdf.

- Fortin, M. F. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

- Freire, I. L. S. [et al.] (Outubro de 2014) Compreensão da equipa de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. *Enfermería Global*, (36), p. 194-207. Acedido em Março 28, 2015, em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_administracion1.pdf

- Galdeano, L. E. & Rossi, L. A. (2006) Validação de conteúdo diagnóstica: critérios para seleção de Expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 5 (1), p. 60-66. Acedido em Março 25, 2015, em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112>

- Garcia, L. (Maio de 2014). *Transmissão*, (2), p. 6-8. Acedido em Março 25, 2015, em http://www.spt.pt/download/Transmissao_2_SPUB-20140514-201947.pdf

- Garcia, L. & Teixeira, M. (Outubro de 2014) Sinergia entre sociedades científicas de 3 países. *Transmissão* (3). P. 18. Acedido em Outubro 25, 2015, em <http://www.spt.pt/download/revista-transmissao-3.pdf>.

- Gomes, C. (7 de Novembro de 2013) Colheita de órgãos vai passar a poder ser feito em doentes de coração parado. *Público*. Acedido em Março 25, 2015, em <http://www.publico.pt/j1752345>

- Gomes, R., Gonzalez, F., Batista, M. (1 de Setembro de 2015) Norma de Orientação Clínica 2018 - Manutenção de um dador em Morte Cerebral. Hospital Garcia de Orta, EPE.

- Grimm, J. W. (Janeiro de 2010) Effective Leadership: Making the Difference. *Journal of Emergency Nursing* (36)1, p.74-77. Acedido em Novembro 25, 2015, em [http://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(08\)00399-1/abstract](http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(08)00399-1/abstract)

- Grupo de Trabalho do Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008) Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.

- GPT - Grupo Português de Triagem (2010) Triagem no Serviço de Urgência- Protocolo de Triagem de Manchester- Manual do Formando. Grupo de Triagem de Manchester, 2ª edição. ISBN 978-989-96652-0-0.

- Grupo de Trabalho de Emergência da UGP, CHLC, EPE (2013).

- Guetti, N. R. & Marques, I. R. (Janeiro-Fevereiro, 2008) Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte cerebral. *Revista Brasileira Enfermagem*, 61 (1), p. 91-7. Acedido em Abril 15, 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>

- IPST (1 de Novembro de 2014) Operacionalização do programa de colheitas em doadores em paragem cardiorrespiratória. Acedido em Maio 21, 2015, em http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/Paragem_Cardiocirculatoria.pdf

- Jelinek, G. A. [et al] (Junho de 2012) Organ and tissue donation-related attitudes, education and practices of emergency department clinicians in Australia. *Emergency Medicine Australasia*. p. 244-250. Acedido em Fevereiro 1, 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672164>.

- Kubler-Ross, E. (Abril de 1996) Sobre a morte e o morrer (7ª Edição). São Paulo. Acedido em Abril 1, 2015, em <https://psicologianicsaude.files.wordpress.com/2012/11/kc3bcbler-ross-elisabeth-sobre-a-morte-e-o-morrer.pdf>.

- Kutsogiannis, D.J. [et al] (Agosto de 2013) The incidence of potential missed organ donors in intensive care units and emergency rooms: a retrospective cohort. *Intensive Care Medicine*. 39, p. 1452-1459. Acedido em Abril 17, 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23702637>.

- Lago, P. M. [et al] (2007) Brain death: medical management in seven Brazilian pediatric intensive care units. *Journal Pediatric*, 83 (2), p. 133-140. Acedido em Abril 1, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000200007

- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 195-I-Série*. Assembleia da República. Acedido em Maio 15, 2015, em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1668A0001&nid=1668&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=#artigo

- Lei nº 12/93 de 22 de Abril. *Diário da República nº 94- I-A Série*. Assembleia da República. Acedido em Maio 1, 2015, em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/4/4a/Lei12-93.pdf>

- Lei nº 22/2007 de 29 de Junho. *Diário da República nº 124- I Série*. Assembleia da República. Acedido em Maio 1, 2015, em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Lei_n.%C2%BA_22/2007_de_29_de_Junho.

- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República nº 180- I Série*. Assembleia da República. Acedido em Maio 10, 2015, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

- Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro. *Diário da República nº 172- I-Série*. Assembleia da República. Acedido em Maio 1, 2015, em [leidebasesdoscp.pdf](#).

- Lei nº 36/2013 de 12 de Julho. *Diário da República nº 112- I Série*. Assembleia da República. Acedido em Maio 1, 2015, em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1928&tabela=leis

- Liberato, S. M. D. [et al] (Outubro de 2012) Nursing care of the potential donor of organs after brain death: integrate review. *Revista Enfermagem UFPE*. 6(10), p. 2521-2526. ISSN: 1981-8963. Acedido em Março 1, 2015, em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2733/4587>.

- Lima, C. S. P., Batista, A. C. O. & Barbosa, S. F. F. (Julho-Setembro de 2013) Perceções da equipa de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. *Revista eletrónica de enfermagem*, 15 (3), p. 780-90. Acedido em Março 25, 2015, em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17497>

- Lopes, C. (4 de Fevereiro de 2015) Menos transplantes de órgãos e dadores em 2014. *Público*. Acedido em Março 28, 2015, em <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/menos-transplantes-de-orgaos-e-dadores-em-2014-1684981>

- Macário, F (Outubro de 2010) Transplantação em Portugal. *NEWSPT*. IX Congresso Luso Brasileiro de Transplantação. Porto. (2), p. 4. Acedido em Outubro 15, 2015, em <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-47.php>.

- Macário, F. (Maio de 2014). SPT no teatro da transplantação- umas vezes chamada ao palco, outras esquecida nos bastidores. *Transmissão Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação*, (2), p.3. Acedido em Março 25, 2015, em http://www.spt.pt/download/Transmissao_2_SPUB-20140514-201947.pdf

- Martins, J. C. (2008) Investigação em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 12 (2), p. 62-66. Acedido em Abril 10, 2015 em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf.

- Matos, R. (10 a 12 de Maio de 2015) XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva. *Jornal do Congresso*. p. 10 e 11.

- McKeown, D. W., Bonser, R. S. & Kellum, J. A. (2012) Management of the heartbeating brain-dead organ donor. *British Journal of Anaesthesia*, 108, p 96-107. Acedido em Abril 10, 2015 em http://bjaoxfordjournals.org/content/108/suppl_1/i96.long

- Meleis, A. I. [et al] (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Setembro, 23 (1), p 12-28. Acedido em Março 20, 2015 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a7a3d7b5-7ca8-4d63-b53a-42c102417433%40sessionmgr4004&hid=4106>

- Meleis, A. I. (2011) Theoretical Nursing: Development and progress. (5ª edição) Lippincott Williams & Wilkins, Londres.

- Melo, G.B. [et al] (Julho/Setembro de 2012) Os sentimentos das pessoas que aguardam por um órgão ou tecido na fila de transplante. *Jornal Brasileiro de Transplantes*, 15, 3, p. 1661-1669. ISSN 16783387. Acedido em Outubro 15, 2015, em <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2012/3.pdf>.

- Melo, L. (Outubro de 2014) Na vanguarda da transplantação renal. *Transmissão* (3), p. 8-10. Acedido em Outubro 20, 2015, em <http://www.spt.pt/download/revista-transmissao-3.pdf>.

- Mendes, S. (17 de Outubro de 2014) Mesmo protegido pela lei, a doação de órgãos ainda é tabu. *RFI Português*. Acedido em Março 28, 2015, em <http://www.portugues.rfi.fr/geral/20141017-dia-mundial-de-doacao-de-orgaos>.

- Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de projetos: melhores técnicas e práticas* (2ª ed.). Lousã: FCA.

- Moreira, C. D. N. (2007) Os sentimentos/dificuldades dos enfermeiros face ao doente oncológico em fase terminal no domicílio e a sua interferência no cuidar. Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Ciências da Educação- Especialização em Educação e formação de adultos. Faro. Acedido em Março 28, 2015, em <http://docplayer.com.br/8167255-Os-sentimentos-dificuldades-dos-enfermeiros-face-ao-doente-oncologico-em-fase-terminal-no-domicilio-e-a-sua-interferencia-no-cuidar.html>.

- Neate, S. [et al] (2012) Australian emergency clinicians perceptions and use of the GIVE Clinical Trigger for identification of potential organ and tissue donors. *Emergency Medicine Australasia*. 24, p. 501-509. Acedido em Maio 2, 2015, em <http://www.findanexpert.unimelb.edu.au/individual/publication189453>

- Neto, B. H. F. (Outubro de 2010) A evolução dos transplantes no Brasil. Newspt- Jornal do IX Congresso Luso Brasileiro de Transplantação. (2), p. 3. Acedido em Abril 2, 2015, em http://www.spt.pt/download/NewSPT_Outubro_de_2010-20140113-174341.pdf.

- OMS- Organização Mundial de Saúde (1990) Cuidados Paliativos. Acedido em Outubro 10, 2015 em <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.

- OMS- Organização Mundial de Saúde (Novembro de 2009) Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation. World Health Organization. Genebra. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

- ONT- Organización Nacional de Transplantes (2011) Guia de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de órganos. Acedido em Março 28, 2015, em http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA_BUENAS_PRACTICAS_DONACION_ORGANOS.pdf.

- Oroy, Stromskag & Gjengedal (Março de 2015) Do we treat individuals as patients or as potential donors? A phenomenological study of healthcare professionals' experiences. *Nurs Ethics*. 22 (2), p. 163-75. Acedido em Outubro 20, 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24781340>

- Palmeiro, V. [et al] (2014) Uma experiência no País vizinho com dadores de coração parado- Mastritch tipo II. *I Congresso Internacional- A pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem- Universidade do Minho, p. 32. ISBN 978-989-98852-0-2. Acedido em Maio 2, 2015, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30151/4/livro%20atas%20PSC%202014.pdf>.

- Peiffer, K. M. (2007) Brain Dead and Organ procurement. *American Journal of Nursing*, 107, p. 58-67. Acedido em Abril 10, 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17314560>

- Pereira, M. A. G. (Janeiro-Março de 2005) Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e contexto enfermagem*, 14 (1), p. 33-7. Acedido em Abril 10, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100004

- Pereira, S. M. (2010) Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN 978-972-54-0279-5.

- Periz, L. A. & Sanmartín, E. F. (2004) Historia del transplante de órganos. *La enfermería y el transplante de órganos*. Espanha: Editorial Médica Panamerica.

- Pestana, A. L., Erdmann, A. L. & Sousa F. G. M (Outubro-Dezembro de 2012) Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. *Escola Anna Nery*, 16 (4), p. 734-740. Acedido em Março 25, 2015, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000400013&script=sci_arttext

- Pestana, A. L. [et al.] (2013) Pensamento *Lean* e cuidados do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45 (1), p. 258-64. Acedido em Abril 15, 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100033

- PNS- Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Ministério da Saúde. Acedido em Maio 12 de 2015, em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

- Portaria nº 357/2008 de 9 de Maio. *Diário da República nº 90- I- Série*. Ministério da saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Portaria_n.%C2%BA_357/2008_de_9_de_Maio.

- Portaria nº 802/2010 de 23 de Agosto. *Diário da República nº 163- I- Série*. Ministério da saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em <http://publicos.pt/documento/id343588/portaria-802/2010>.

- Portaria nº 16/2015 de 23 de Janeiro. *Diário da República nº 16- I- Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em https://dre.pt/home/-/dre/66321161/details/maximized?p_auth=ft4AafRj&serie=I

- Rech, T. H. & Rodrigues Filho, E. M. (Abril-Junho de 2007) Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (2), p. 197-204. Acedido em Abril 15, 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000200010&script=sci_arttext

- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35-II- Série*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Maio 10, 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

- Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35-II- Série*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Maio 10, 2015 em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

- Regulamento nº 188/2015 de 22 de Abril. *Diário da República n.º 78-II-Série* Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Maio 25, 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf

- Rodrigues, M. A. (2009) O caminho da enfermagem científica moderna, Coletânea ICE. 1ª Edição. Isla Canarias: grupo ICE. ISSN 978-972-8612-41-2 Acedido em Maio 15, 2015 em <http://docplayer.com.br/6546747-O-caminho-da-enfermagem-cientifica-moderna.html>

- Rosa, E., Carreira R., Torrado P. & Carrilho S. (20 de Setembro de 2012) MI01-1127- Manual de Formação Pedagógica Inicial de Formadores. 5ª Edição.

- Ruivo, M. A. [et al.] (2010) Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, (15), p.1-37.

- Santo, M. J. & Massarollo M. C. K. B. (Maio-Junho 2005) Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. 13 (3), p. 382-7. Acedido em Março 25, 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a13.pdf>

- Santos, M. [et al.] (1 de Março de 2007). Texto de apoio: a análise swot e a delegação de prioridades. *Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia "Augusto da Silva"*. Acedido em Março 10, 2015 em http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf.

- Santos, M.J., Massarollo, M.C. & Moraes, E.L. (2012) Family interview in the process of donating organs and tissues for transplantation: perceptions of potential donors' relatives. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), p. 788-94. Acedido em Março 28, 2015, em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500022&script=sci_arttext&tlng=en

- Schub, T. (3 de Janeiro de 2014) Organ donation and organ donor care. Quick Lesson. ICD-9, 0091,00.92.

- Scuderi, V. [et al] (Maio de 2006) The marginal donor: a single-center experience in orthotopic liver transplantation. *Transplantation Proceedings* (36) 4, p. 1069-73. Acedido em Outubro 10, 2015, em <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.04.003>

- Sesma, A. M. & Ollo, M. Z. (2001) Cuidados de enfermeira en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enfermagem Intensiva*, 12 (1), p. 10-20. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-cuidados-enfermeria-el-mantenimiento-del-12003853>

- Silva, D. C. S. (2010) Perfil do dador de órgãos e suas implicações médico-legais. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. Acedido em Março 28, 2015, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26909/2/TeseDonziliaSilva.pdf>.

- Simões, A. (Outubro de 2014) Uma cultura de doação nos serviços é essencial. *Transmissão* (3), p. 19. Acedido em Outubro 28, 2015, em <http://www.spt.pt/download/revista-transmissao-3.pdf>.

- Smith, N. (9 de Janeiro de 2015) Death Determination in Adult Patients: Assisting with. *Nursing Practice & Skill*.

- Soffker, G. [et al.] (Fevereiro de 2014) Attitude of intensive care specialists toward deceased organ donation in Germany. Results of a questionnaire at the 12th Congress of the German Interdisciplinary Association of Intensive and Emergency

Medicine. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 109 (1), p. 41-7. Acedido em Março 28, 2015, em <http://europepmc.org/abstract/MED/23868520>

- Somera, E.A.S., Somera Junior, R. & Rondina, J. M. (Abril-Junho de 2010) Uma proposta da andragogia para a educação contínua na área da saúde. *Arquivos da Ciência da Saúde*, 17 (2), p.102-8. Acedido em Maio 12, 2015, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=617457&indexSearch=ID>

- Sousa, M. J. & Silva, F. (Março de 2014) Doação e transplante de órgãos: a realidade nacional e a de um Hospital dador. *I Congresso Internacional- A pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Enfermagem- Universidade do Minho. P. 34. ISBN 978-989-98852-0-2. Acedido em Maio 2, 2015, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30151/4/livro%20atas%20PSC%202014.pdf>.

- Teixeira M. (Maio de 2014). De quase internista a apaixonado pelos transplantes. *Transmissão Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação*, (2), p. 15. Acedido em Março 25, 2015, em http://www.spt.pt/download/Transmissao_2_SPUB-20140514-201947.pdf

- Teixeira, M. & Cardoso, S. (Outubro de 2014) É premente sensibilizar os especialistas para a transplantação. *Transmissão* (3). P. 20. Acedido em Outubro 20, 2015, em <http://www.spt.pt/download/revista-transmissao-3.pdf>.

- TPM Educational Project (Novembro de 2007) Programa avançado em Coordenação de Doação/Transplantação- Manual. IL3 – Universitat de Barcelona. ISBN: 978-84-612-0565-3.

- Thomé, T. & Moura, L. C. (2012) Curso Prático de Extração, perfusão e acondicionamento de Múltiplos Órgãos para Transplante. Programa de Transplantes do

Hospital Israelita Alberto Einstein. Acedido em Março 25, 2015, em <http://medsv1.einstein.br/diretrizes/transplantes/Apostila%20%20CETEC%202012-%20atualizada.pdf>

- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004) Teorias de Enfermagem e a sua obra- Modelos e Teorias de Enfermagem. Lusodidata. ISBN: 9789728383749.

- TRC 127 (26 de Setembro de 2014), Procedimento multissetorial- Triagem e assistência aos doentes adultos neurocrítico. Circular informativa nº 602, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

- TRC 133 (21 de Fevereiro de 2011), Procedimento multissetorial- Doação de órgãos e tecidos. Circular informativa nº 51, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

- TRC 1415 (Agosto de 2012) Procedimento setorial- Área de urgência geral e cuidados intensivos, cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

- Veiga, A. A. B. [et al.] (Julho de 2009) Pessoa em fase final de vida: Que intervenções terapêuticas de Enfermagem no SU? *Revista Referencia*. II Série (10). P. 47-56. Acedido em Maio 20, 2015, em https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=271&codigo=.

- Westphal, G. A. [et al.] (2011) Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. *Revista Brasileira Medicina Intensiva*, 23 (3), p. 255-268. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a03.pdf>

Referencias Eletrónicas

- <https://bibliotecafea.com/tag/manual-apa-6a-edicao/>
- <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pns2011-cv-linhares-furtado-pdf.aspx>
- <http://www.tvi24.iol.pt/videos/sociedade/nova-tecnica-de-transplantes-e-esperanca-para-muitos-doentes/56a1516c0cf2b745b01f07ee>).
- <http://www.eodd2015.pt/pt/doentes-novos-em-lista-de-espera-por-um-rim-duplicaram/>
- <http://www.irodat.org/>
- <http://ipst.pt/index.php/ipst-ip/ipst-destaques/297-doacao-e-transplantacao-de-orgaos-dados-da-atividade-de-2015>
- http://m.magnet.xataka.com/en-diez-minutos/que-es-lo-que-ha-hecho-a-espana-lider-mundial-en-donacion-de-organos?utm_content=bufferbc957&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer
- <http://www.eodd2015.pt/pt/numero-de-dadores-de-orgaos-regista-maior-recorde-de-sempre/>
- <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.
- <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-21.php>
- <http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/ser-dador-vivo-em-portugal>

-

http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Saude/Interior.aspx?content_id=4786633

http://www.dn.pt/portugal/interior/portugal_faz_segundo_transplante_de_rins_entre_dois_casais_que_nao_se_conhecem_4741880.html

-<http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ColheitaTransplantacao2011.pdf>.

- <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/cuidados-primarios-podiam-ter-evitado-18-dos-internamentos-de-doentes-cronicos-1615637>

- <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/ha-um-enorme-crescimento-do-numero-de-doentes-com-problemas-sociais-nos-hospitais-1681870>

ANEXOS

Anexo 1

Campanha



Anexo 2

Diagnóstico de MC no Adulto



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, S.A.

**Diagnóstico de Morte Cerebral
em Adultos**

Colocar vinheta de identificação

Diagnóstico: _____

Ex. Comp. confirmativos do diagnóstico: _____

Nota explicativa no verso

Data | Hora

Primeira Observação	Segunda Observação

A – Coma de causa estabelecida, ausência de hipotermia (T. central $\geq 34^{\circ}\text{C}$), de hipotensão (TAM $\geq 60\text{mmHg}$) e de drogas depressoras do SNC (ex. etanol, barbitúricos)

- Temperatura ☐ axilar | ☐ rectal | ☐ central
- Alcoolémia
- Barbitémia (fenobarbital)
- Benzodiazepinas (séricas)
- Outros (por exemplo, opiáceos)

B – Actividade motora espontânea ou em resposta a estímulos na área dos pares cranianos (excluídos relaxantes musculares) – (Presente/Ausente)

C – Respostas e reflexos dos nervos cranianos (Presentes/Ausentes)

- Reflexos fotomotores
- Reflexos córneos
- Reflexos faríngeo e traqueal profundo (aspiração faríngea /traqueal profunda)
- Reflexos óculocefálicos verticais e horizontais (resposta ocular à rotação lateral e flexão/extensão da cabeça e do pescoço)
- Resposta ocular à irrigação dos canais auditivos com 50ml de água fria (otoscopia prévia; não considerar a resposta negativa antes de 1 minuto; 4 minutos de intervalo entre o estímulo dto. e esquerdo)

D – Movimentos respiratórios espontâneos após 8 minutos em apneia (antes da prova FiO_2 a 100% durante 15 minutos e obter $\text{PaO}_2 > 200$ e $\text{PaCO}_2 > 40$; durante a prova O_2 por sonda intratraqueal a $> 8\text{L/m}$ e monitorização da SaO_2 ; no fim da prova a PaCO_2 deverá ser superior a 60mmHg ou diferencial > 20 do valor basal)

- Presentes/Ausentes
- PaCO_2 no fim do teste de apneia
- PaO_2 no fim do teste de apneia

E – O(s) exames complementares abaixo indicado(s) quando considerados necessário

- EEG isoelectrico com registo parcial em amplitude máxima (Sim/Não)
- Potenciais E. Auditivos: ausência de respostas do tronco (Sim/Não)
- Potenciais E. Somatosensoriais: ausência de respostas encefálicas (Sim/Não)
- Doppler transcraniano (discriminar achados)
- Angiografia cerebral (discriminar achados)
- Outros (discriminar achados)

Observações: _____

1ª Obs	Nome: _____	Nº OM _____	O Médico _____	O Médico _____
	Nome: _____	Nº OM _____		
2ª Obs	Nome: _____	Nº OM _____	O Médico _____	O Médico _____
	Nome: _____	Nº OM _____		

(Identificação dos Médicos que realizam as provas)

1

Anexo 3

Fatores Específicos para o insucesso do transplante

Orgãos	Fatores Especificos
Rim	<ul style="list-style-type: none"> - Lesão renal crônica - Proteinúria - Oligoanúria - HTA - Diabetes Mellitus - Alterações morfológicas ou lesões de etiologia desconhecida
Fígado	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatite de causa desconhecida - Esteatose hepática - Doença hepática alcoólica - Lesão hepática induzida por tóxicos - Traumatismo - Infecção intra-abdominal não controlada - História de cirurgia hepatobiliar - Alterações morfológicas ou lesões de etiologia desconhecida
Coração	<ul style="list-style-type: none"> - Doença cardíaca prévia - Hipertrofia ventricular esquerda - Fatores de risco para doença coronária - Traumatismo torácico - PCR - Alteração das enzimas cardíacas - ECG anormal
Pulmão	<ul style="list-style-type: none"> - > 65 anos - Tabagismo - DPOC - Secreções brônquicas purulentas - Infecção pulmonar ativa - Aspiração - Traumatismo torácico - Cirurgia torácica - $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < a \text{ 250mmHg}$ com PEEP 5 - Alterações radiológicas ou lesões de etiologia a esclarecer
Pâncreas	<ul style="list-style-type: none"> - > 55 anos - Índice de massa corporal $> 30\text{kg/m}^2$ - Alcoolismo - HTA - Diabetes mellitus - Infecção abdominal ativa. PCR - Traumatismo abdominal - Tempo de internamento em UCI - Alterações morfológicas ou lesões de etiologia desconhecida

Quadro 1- Fatores específicos para o insucesso do transplante (Gomes, Gonzalez & Batista, 2015).

Anexo 4

Como Comunicar Más Noticias: Protocolo De Seis Etapas De Buckman

Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman

Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, *¿Cómo se encuentra hoy?*, o *¿Qué tal, cómo se siente?*, o *¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?* (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).

Segunda etapa. Averiguar cuánto sabe el paciente

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional (imagínense un paciente fumador que ha estado ingresado porque le vieron «algo» en un pulmón y le han hecho mil pruebas en el hospital incluida una broncoscopia). El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase.

Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención no sólo en la narración del enfermo, sino también en su comunicación no verbal. Interesa particularmente saber cómo de grave cree el paciente que es su proceso y cómo puede afectar a su futuro. Estos aspectos interesan mucho más que el hecho de si conoce el nombre de su enfermedad o su patofisiología. No conviene por supuesto «recrearse» en aspectos sin trascendencia en la evolución del paciente o familiar o que no sean necesarios para la comprensión del proceso.

Podrían utilizarse preguntas como:

— *¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?*

— *¿Qué le han dicho sobre su enfermedad?*

(Esta pregunta es muy positiva de cara a evitar malos entendidos o mensajes contradictorios o con matices diferentes, problema relativamente frecuente en pacientes que son atendidos por distintos profesionales en diferentes ámbitos: pacientes oncológicos, etc.):

— *¿A qué cree que puede ser debido su problema?*

— *¿Cómo ve usted esto de grave?*

Incluso estas preguntas conviene hacerlas de forma escalonada, dejando por ejemplo la última de las descritas para al final de esta fase, cuando ya hayamos captado parte de las creencias del paciente.

Con este tipo de preguntas podremos obtener información del paciente en diferentes aspectos:

- Cómo se acerca su impresión a la naturaleza real de su problema.
- Características del paciente: nivel educacional, capacidad de expresión, preparación, etc.
- Estado emocional en relación a su proceso. Conviene estar atento a lo que el paciente dice y a lo que no dice o evita decir, así como a todas las claves no verbales que seamos capaces de captar. Es interesante advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal.

Por otro lado, este tipo de preguntas en una persona que no sospeche nada pueden ayudar a aclimatarlo a la nueva situación.

Una vez que hemos explorado lo que ya sabe, debemos saber lo que sospecha. Si no ha salido con alguna de las preguntas anteriores se puede añadir alguna de las siguientes:

— *¿Y usted por qué cree que le han hecho todas estas pruebas?*

— *¿Y qué es exactamente lo que le tiene preocupado?*

— *¿Está usted preocupado por...?*

— *¿Hay alguna cosa que le preocupe?*

En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechemos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: *¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?* Esta fase pretende minimizar la incomodidad en la medida de lo posible y transmitir al paciente que nos interesamos por lo que piensa y siente, estando dispuestos a escucharle.

Hay que tener en cuenta que el profesional no es el único medio de información. El paciente recibe información a través de otros enfermos, de medios diagnósticos o terapéuticos, de otros profesionales o de los medios de comunicación.

Otra ventaja añadida de una correcta ejecución de esta fase es evitar los mensajes más o menos contradictorios que entre distintos profesionales se producen a menudo, ya sea por distinto criterio, por miedo a decir la verdad, por inseguridad o desconocimiento.

Tercera etapa. Encontrar lo que el paciente quiere saber

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista.

Aconsejamos preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: *Si esto se convirtiera por casualidad en algo grave, ¿pertenece usted al tipo de personas que le gustaría saberlo exactamente? ¿Le gustaría que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿Es usted del tipo de personas que le gustaría conocer todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir? Si el problema fuera grave, ¿cuánto le gustaría saber sobre él?, o, ¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara?*

De estas preguntas hay algunas que dejan capacidad de elección al paciente. Es decir, preguntas como las de *¿Es usted del tipo de personas...?* reconoce que existen personas así y le hace más fácil reconocer su postura en caso de no querer información. O, por otro lado, en la última pregunta se deja abierta la posibilidad de desplazar el peso de la información a otra persona del entorno.

Este tipo de preguntas puede parecer que «desvela» información o que incluso puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En cualquier caso, como ya se ha expresado anteriormente, no es necesario preguntarlo tan abiertamente para conocer si quiere y cuánto quiere saber un paciente. Una sensibilidad adecuada en el profesional puede obtener la misma información. En nuestra cultura, una opción puede ser la

de esperar a que el enfermo sea el que nos pida más información, muy pendiente de la comunicación no verbal, esperando a que el paciente asimile cada «parte» de la información que se le haya dado con silencios y escucha activa, y que nos pida más mirando al profesional en actitud de espera o pidiendo más información con preguntas directamente. Un símil útil podría ser el de darle un trozo de tarta (pequeño para que no se le haga difícil de digerir), y esperar a que lo asimile y nos pida más porciones según su propio ritmo de asimilación.

En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser obvio.

Cuarta etapa. Compartir la información

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico.

El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico.

Lo primero es «alinearnos» con el paciente, partiendo del nivel de información que ya tiene. A continuación se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educativos van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades.

En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

Como ya se ha dado a entender, esta fase puede ser simultánea a la etapa anterior, siendo la petición del paciente de más información la que nos detalla su capacidad de asimilación y la que nos permite decidir cuánta información debemos darle.

Quinta etapa. Responder a los sentimientos del paciente

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente esta fase. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

Sexta etapa. Planificación y seguimiento del proceso

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de enfermos generan verdaderos núcleos de soledad al no compartir sus preocupaciones y miedos con otros familiares o amigos para no hacerlos sufrir. Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico.

La actitud obviamente debe ser positiva, preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas y sin aportar información no real. Debe

planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación.

Anexo 5

XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva



EMERGÊNCIA, URGÊNCIA
E MEDICINA INTENSIVA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS

XVIII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTENSIVA

10 a 12 de Maio de 2015 Hotel Tivoli Oriente, Lisboa

CERTIFICADO

Certificamos que **Raquel Robalo** esteve presente *XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva*, realizado pela **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**, de 10 a 12 de Maio de 2015, em Lisboa.

Lisboa, 12 de Maio de 2015.

Dr. Antero Fernandes

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

MONDAY, 11th MAY

08h00 - **FREE PRESENTATIONS** - Paulo Martins, Américo Faria

09h00 - **AKI**

Chairs: André Mello, Paulo Martins, Américo Faria

09h00 - When and how initiate RRT - Alexandre Belas (Portugal)

09h20 - Management of anti-infective therapy during AKI - João Gonçalves Pereira (de Faria, Portugal)

09h40 - Deciding when to stop: is there a role for biomarkers? - Sérgio Galvão (Portugal)

10h00 - Discussion

10h15 - **POISONING**

Chairs: Jorge Ribeiro, Paulo Mota

10h15 - The initial approach: myths and truths - Luis Lopes (Portugal)

10h35 - Extracorporeal removal techniques: is there any role? - Luis Bagueira (Portugal)

10h55 - Antidotes - Fátima Rita Enders

11h15 - Discussion

11h30 - Coffee Break

11h30 - **POSTERS DISCUSSION** - Francisco Esteves, António Almeida

11h45 - **ICU TRIAGE: SHOULD I REFER / ADMIT THE...**

Chairs: Paulo Castilhos, António Fernandes

11h45 - The very Elderly - Paulo Mota (Portugal)

12h05 - Haematological patient - Alexandre Faria (Portugal)

12h25 - Heart failure patient - Alexandre Marques (Portugal)

12h45 - Discussion

13h00 - **SIMULATION IN INTENSIVE CARE AND EMERGENCY MEDICINE TRAINING**

Chairs: António Marques, António Almeida

Chairs: António Marques, António Almeida

13h30 - Lunch

14h30 - **TBI WHAT TO DO AND NOT TO DO**

Chairs: António Marques, António Almeida

Chairs: António Marques, António Almeida

15h00 - **WHAT'S NEW IN...**

Chairs: António Marques, António Almeida

15h00 - Sedo-analgesia - António Marques (Portugal)

15h20 - COVID - António Marques (Portugal)

15h40 - Infection control - MRSA screening - António Marques (Portugal)

16h00 - Discussion

16h15 - Coffee Break

16h15 - **POSTERS DISCUSSION** - Paulo Mota, João João Mendes

16h30 - **THE INTENSIVIST BEYOND THE ICU**

Chairs: António Marques, António Almeida

16h30 - Medical Emergency Teams - António Marques (Portugal)

16h50 - The intensivist in the emergency room - António Marques (Portugal)

17h10 - Intermediate care - António Marques (Portugal)

17h30 - Discussion

17h45 - **MEDICAL EMERGENCY SYSTEM**

Chairs: António Marques, António Almeida

17h45 - Discussion Panel - António Marques, António Almeida, António Almeida, António Almeida

TUESDAY 12th MAY

08h00 - **FREE PRESENTATIONS** - José João Rodrigues, Sofia Spedro

09h00 - **ORGAN DONATION**

Chairs: João Paulo Almeida e Sousa, Ricardo Mota

09h00 - ACCORD - Paulo Murphy (London)

09h20 - NHD - how is it going to be in Portugal

- Pitfalls or perfection for Organ donation - Ana Paula Lobo

09h40 - E-CPR or ECS for Organ donation - António Mendes (Portugal)

10h00 - Discussion

10h15 - **ACUTE HEART FAILURE**

Chairs: António Marques, António Almeida

10h15 - CPAP/NIV in the Pre-hospital setting - António Marques (Portugal)

10h35 - ABP is dead, long live ECOMO - António Marques (Portugal)

10h55 - How can we lower mortality? - António Marques (Portugal)

11h15 - Discussion

11h30 - Coffee Break

11h30 - **POSTERS DISCUSSION** - António Marques, António Almeida

11h45 - **CARDIAC ARREST**

Chairs: António Marques, António Almeida

11h45 - What's new in CPR - António Marques (Portugal)

12h05 - ECLS for cardiac arrest - António Marques (Portugal)

12h25 - Targeted Temperature management

- THE END OF THE ICE AGE? - António Marques (Portugal)

12h45 - Discussion

13h00 - **HOW TO ORGANIZE A TRAUMA CENTER**

Chairs: António Marques, António Almeida

Chairs: António Marques, António Almeida

13h30 - Lunch

13h30 - **POSTERS DISCUSSION** - António Marques, António Almeida

13h30 - **FREE PRESENTATIONS** - António Marques, António Almeida

14h30 - **RAPID DIAGNOSIS OF INFECTION: THE FUTURE IS NOW!**

Chairs: António Marques, António Almeida

Chairs: António Marques, António Almeida

15h00 - **EMERGENCY MEDICINE & INTENSIVE CARE MEDICINE**

Chairs: António Marques, António Almeida

15h00 - Discussion Panel - António Marques, António Almeida, António Almeida, António Almeida

PROGRAMA DE ENFERMAGEM | NURSING PROGRAM

Dia 10 de MAIO 2015 (DOMINGO) / 10th MAY 2015 (SUNDAY)

14H00 – 14H20 - MESA REDONDA

Panel debate

APRESENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DOS ENFERMEIROS, TRIÊNIO 2015-2017

Action Nursing Plan for 2015-2017

Audrey Ribeiro (Lisboa), Maria Manuel Varão (Lisboa), Alexandra Gonçalves (Lisboa), Célia Salgueiro (Lisboa)

14H20 – 16H00 - MESA REDONDA

Panel debate

DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Adequate Staffing levels

Moderadores/Chairs: António Almeida (Lisboa), Alexandra Gonçalves (Lisboa)

14h20 – 14h40 – Instrumento de planeamento e de garantia da qualidade de cuidados

Action Tools to plan and assure quality of care

Helena Pinto (Lisboa)

14h40 – 15h00 – Qual a resposta dos hospitais?

The Hospital role

Patricia Silva (Lisboa)

15h00 – 15h20 – Unidade de Cuidados Intensivos

Intensive Care Unit / Intensive

André Camilo (São Paulo)

15h20 – 15h40 – Serviço de Urgência

Emergency Department

Gracia Hernández (Lisboa)

16H00 – 16H30 - CONFERÊNCIA

Conference

Moderadores/Chairs: Maria Manuel Varão (Lisboa), José António Ribeiro (Lisboa)

16h00 – 16h25 – Indicadores de Qualidade – Aplicabilidade prática

Quality Indicators – practical applicability

Helena Pinto (Lisboa)

16h30 – 17h00 – Café / Coffee Break

17H00 – 18H30 - MESA REDONDA

Panel debate

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO:

ENSINO / APRENDIZAGEM – MOMENTO DE REFLEXÃO

Care services to critically ill patients: teaching / learning – time for reflection

Moderadores/Chairs: José Alexandre (Lisboa), Maria Helena Pires (Lisboa)

17h00 – 17h20 – Especialista versus Perito

A Specialist Vs an Expert

Artur Dias (Lisboa)

17h20 – 17h40 – Certificação de competências

Skills assessment certificate

Cristina Nunes (Lisboa)

17h40 – 18h00 – Obtenção do Título de Enfermeiro Especialista em Terapia Intensiva

Obtaining the title of Nurse Specialist in Intensive Care

Patricia Pinto (São Paulo)

Dia 11 de MAIO de 2015 (SEGUNDA-FEIRA) / 11th MAY 2015 (MONDAY)

09H30 – 09H00 - COMUNICAÇÕES LIVRES

Free Communication

Moderadores/Chairs: José Almeida (Lisboa), Fernando Azeiteiro (Lisboa)

09H00 – 09H30 - CONFERÊNCIA

Conference

Moderadores/Chairs: Fernando Sousa (Lisboa), João Carlos (Lisboa)

09h00 – 09h25 – Nova abordagem no trauma – Uso de ácido tranexâmico

New approach in trauma – The use of tranexamic acid

Rui Alves (Lisboa)

09H30 – 11H00 - MESA REDONDA

Panel debate

ATUAÇÃO EM SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO

Acting in exception situations

Moderadores/Chairs: José Alexandre (Lisboa), Célia Fernandes (Lisboa)

09h30 – 09h50 – Como organizar grandes eventos?

Let's start the Gig: How to prepare Emergency team for big events.

Artur Mendes (Lisboa)

09h50 – 10h10 – Ação humanitária no Haiti

Haiti: Humanitarian action

Luís Guedes (Lisboa)

10h10 – 10h30 – Acidentes Multivítimas A23

Accident involving several casualties

Luís Guedes (Lisboa)

11h00 – 11h30 – Café / Coffee Break

11H30 – 12H00 - CONFERÊNCIA

Conference

Moderadores/Chairs: Carlos Pinto (Lisboa), Alexandra Gonçalves (Lisboa)

11h30 – 11h55 – Legionella – Surto recente

Legionella – Recent outbreak

Glória Alves (São Paulo)

12H00 – 13H00 - MESA REDONDA

Panel debate

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Organ Donation

Moderadores/Chairs: Célia Teixeira (São Paulo), André Ferreira (Lisboa)

12h00 – 12h20 – Manutenção numa UCI – o que fazer?

Optimization of an organ donor: What to do?

Patricia Pinto (São Paulo)

12h20 – 12h40 – Colheita de órgãos em Dadores com coração parado

Donation after non-heart beating death

Manuel Ramos (Lisboa)

12H30 – 13H00 - CONFERÊNCIA

Conference

Moderadores/Chairs: Rorala Fialto (S. Paulo), Madalena Noranches (Lisboa)

12h30 – 12h55 – A produção de Normas de Orientação Clínica (NOC) como uma mais-valia

Production of Clinical Guidance as an asset

Carolina Amâncio (Lisboa)

13h00 – 14h30 – Almoço / Lunch

13h30 – FREE PRESENTATIONS - Henrique Berito, Sofia Escórcio

14H30 – 16H00 - MESA REDONDA

Panel debate

POTENCIAIS ADVERSIDADES NA UCI

Potential adversity in ICU

Moderadores/Chairs: Ana Rosa (Almada), David Lourenço (Vila do Castelo)

14h30 – 14h50 – Delirium - actualidades

Delirium - updates. What's new

João Miguel Matos (Evora)

14h50 – 15h10 – Delirium numa UCI

ICU delirium

Carla Teixeira (Vila Real)

15h10 – 15h30 – Contenção Física q.b

Minimize Physical restraint

M^{te} Manuel Varela (Evora)

16H00 – 18H00 - MESA REDONDA

Panel debate

CUIDADOS DE FIM DE VIDA – TOMADA DE DECISÃO

End of life care – Decision making

Moderadores/Chairs: António Almeida (Lisboa), Carla Teixeira (Vila Real)

16h00 – 16h20 – Aspectos éticos

Ethical aspects

Manuel Capelas (Lisboa)

16h20 – 16h40 – Aspectos legais

Legal Aspects

Maria João Lopes (Lisboa)

17h00 – 17h20 – A realidade Europeia

European Reality

Manuel Romero (Madrid)

17h20 – 17h40 – A realidade Portuguesa

Portuguese Reality

Fátima Matos (Vila Real)

Anexo 6

Curso de Gestão de Recursos em Situação de Crise e Urgência/Emergência

III CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Gerir a (im)preevisibilidade e complexidade



Certificado

Certifica-se que **Raquel Robalo**, nascido(a) a 1980-01-11, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 11719706, válido até 2016-09-09, participou no *Curso – Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência*, realizado no dia 04 de junho de 2015, no âmbito das atividades pré-congresso do **III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, que decorreu de 04 a 06 de junho de 2015, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 06 de junho de 2015

A Comissão Organizadora

AEEEMC

UCPEMC ESEnFC

A Presidente da ESEnFC

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Rua 5 de Outubro ou Avenida Blasco Barreto Apartado 7001 – 3046-851 COIMBRA – NIF 600081983
Certificado nº C003701-154/2015

Anexo 7

III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica

III CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Gerir a (im)preevisibilidade e complexidade



Certificado

Certifica-se que **Raquel Robalo**, nascido(a) a 1980-01-11, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 11719706, válido até 2016-09-09, participou no **III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, que decorreu nos dias 05 e 06 de junho de 2015, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 06 de junho de 2015

A Comissão Organizadora

AEEEMC

Ricardo Almeida

UCPEMC ESEnFC

Fernando Dado

A Presidente da ESEnFC

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Rua 5 de Outubro ou Avenida Binauya Barreto Apartado 7001 - 3046-851 COIMBRA - NIF 600081583
Certificado nº C003296-156/2015

PROGRAMA



4 de junho

09:00 - 18:00 | CURSOS

- II Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência
- II Análise de dados quantitativos com recurso a SPSS®
- II Terapia compressiva como opção terapêutica adjuvante para o controlo da dor
- II Diálise Peritoneal

14:00 - 18:00 | WORKSHOPS

- II Avaliação e apoio nutricional terapêutico nutricional na cicatrização
- II Via aérea difícil
- II Electrocardiografia básica
- II Terapias inovadoras no tratamento de feridas
- II Perioperatório
- II Artigos científicos: arte, estratégias e impacto

5 de junho

9:00 | Sessão Solene de Abertura

9:30 | CONFERÊNCIA INICIAL

COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE

Presidente da Mesa: Maria da Conceição Bento (Presidente da ESEnFC)

II COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE

Isilda Sá Chaves (Professora, Universidade de Aveiro)

II Prática baseada em evidência na complexidade e imprevisibilidade

Silvia Garcia Mayor (Professora, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Málaga, Espanha)

11:00 | MESA REDONDA

FORMAÇÃO E GESTÃO NA COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE

Moderador: M^{te} do Ceu Carragão (Presidente Conselho Pedagógico ESEnFC)

II FORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO A SAN COMO ESTRATÉGIA INOVADORA

Rui Baptista (Professor, ESEnFC) & Verónica Coutinho (Professora, ESEnFC)

II GESTÃO DE CUIDADOS EM SITUAÇÃO DE RIM DE VIDA

Ana Paula Sapeta (Diretora da Escola Superior de Saúde, IP de Castelo Branco e membro da Associação Portuguesa de Cuidados Palliativos)

II Plataforma de dados da saúde

Rui Ronda (Gestor de Projeto, SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde)

14:00 | COMUNICAÇÕES LIVRES

15:00 | CONFERÊNCIA

EVENTOS ADVERSOS E CULTURA DE SEGURANÇA

Presidente da Mesa: Isabel Simões (Professora, ESEnFC)

Conferencista: Anália Castilho (Professora, ESEnFC)

15:45 | MESA REDONDA

IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS PARA A SEGURANÇA

Moderador: Nazaré Cereja (Professora, ESEnFC)

II PROGRAMA CIRÚRGICA SEGURA DE PORTUGAL

Manuel Valete (Enfermeiro, CHP - Hospital de Stº António, Coordenador Nacional do Programa Cirurgia Segura)

II INTEGRAÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Goreti Silva (Direção Geral da Saúde)

6 de junho

9:00 | COMUNICAÇÕES LIVRES

10:15 | CONFERÊNCIA INICIAL

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO SISTEMA DE SAÚDE – CUSTO OU INVESTIMENTO?

Presidente da Mesa: Isabel Fernandez (Professora, ESEnFC)

Conferencista: António Amaral (Professor, ESEnFC)

11:00 | MESA REDONDA

RESULTADOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Moderador: Isabel Moreira (Professora, ESEnFC)

II O ENFERMEIRO NO PÓS-HOSPITALAR: GANHOS EM SAÚDE

Duke Silva (Enfermeiro, Delegação Centro do INEM)

II TRAJETÓRIA DE PRIORIDADES EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: INDICADORES DE RESULTADO

Ángela Valente (Grupo Português de Triagem)

II CONDIÇÕES DE ENFERMAGEM EM ESTOMATOLOGIA

Daria Neves (Enfermeira, Gabinete de Estomatologia da IPOCFC, Coimbra)

II CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES NA COMUNIDADE

Catarina Páez (Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos na Comunidade, ULS do Baixo Alentejo)

14:30 | CONFERÊNCIA

COLHEITA DE ÓRGÃOS NA PCR IRREVERSÍVEL

Presidente da Mesa: Luis Sarnadas (Professor, ESEnFC)

II A EXPERIÊNCIA DE ESPANHA

Cristina Vidal Tobar (Organización Nacional de Transplantación, Madrid, Espanha)

II PERSPETIVAS E DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO EM PORTUGAL

Paulo Martins (Médico Intensivista no SMU do CHUC)

15:30 | MESA REDONDA

A PESSOA EM FALÊNCIA ORGÂNICA

Moderador: Paulo Alexandre Ferreira (Professor, ESEnFC)

II TRANSPLANTAÇÃO: NOVAS POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Fernando Macário (Médico Nefrologista, Presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação)

II O ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO GABINETE DE TRANSPLANTAÇÃO

Fernando Rodrigues (Enfermeiro, Coordenador de Colheita/Transplante)

II MANUTENÇÃO DO SABOR DE CUIDADOS ENFERMAGEM

Fernando Nunes (Coordenador da Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática do CHP, Hospital de Stº António)

II ENFERMAGEM LOCAL E RÍDIO NA TRANSPLANTAÇÃO

Sérgio Deodora (Professor, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa)

17:00 | CONFERÊNCIA FINAL

A MÚSICA COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO, DE BEM-ESTAR E DE QUALIDADE DE VIDA

Presidente da Mesa: Rui Gonçalves (Professor, ESEnFC)

Conferencista: Crispín Gigante Pérez (Professor, Universidade de Alcalá de Henares, Espanha)



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Anexo 8

VIII Reunião De Colheita De Órgãos E De Transplantação Renal No HGO

VIII reunião de colheita de órgãos e de transplantação renal do HGO

Data: 01/10/2015, 08h30 - 13h00
Local: Sala Conferências do HGO

Destinatários: Todos os profissionais do HGO - entrada livre

08h30	Introdução Jorge Silva, Maria José Ferreira, Paula Bressa
	Colheita de órgãos e transplantação: o que fazemos, fazemos e como vamos fazer. António Fernandes, José Clemente, Gália Nogueira, Paula Bressa
08h40	Colheita de órgãos e transplantação, resultados recentes. Mário da Cruz
08h55	Monitorização da qualidade e segurança. Legislação, principais aspetos relevantes ou a melhorar. Ana França
09h15	Atividade de colheita no HGO: resultados globais. O conhecimento das capacidades ou espaço para melhorias? Ana Gomes
09h35	Transplantação renal no HGO. Berta Gonçalves
09h50	Discussão
	Papel da enfermagem na colheita e transplantação de órgãos. Paula Bressa, Teresa Chancel
10h00	O enfermeiro na deteção e reanálise do potencial doador. Mário Batista
10h10	Os aspectos mais relevantes na manutenção do doador. Vanda Santos
10h20	Papel do enfermeiro na RCI: organização, principais atividades e problemas. Maria José Cristóvão
10h30	O enfermeiro no seguimento do doente transplantado renal na pós-operatório imediato. O que vigiar e detetar? José Carlos, Gália Nogueira
10h40	O doente no pós-transplante em ambulatório. Há que vale a pena investir? Ana Bela Alcobia
10h50	Discussão

11h05 - 11h50	Coffee Break
	Aspetos clínicos Gil Marques, Nelson Marques, Nátália Dias, Tânia e Costa
11h50	Dois doentes "marginais" aos 500 minutos cada vez mais expandidos: como lidar com eles, como podemos melhorar a nossa gestão clínica. Cristina Santos
12h00	Urologia e transplante renal Papel do urologista na unidade de transplante renal. Miguel Gonçalves Carcinoma de células renais no enxerto renal. Como tratar? Nuno Figueira
12h20	Vírus no transplante renal. HCV no candidato a transplantação renal: quem tratar e como tratar. Cristina Fomaco
12h30	Discussão
12h45	Conclusões finais Paula Cruz
12h50	Encerramento Daniel Pires

Comissão organizadora:

Carlos Oliveira, Maria José Ferreira, Ana Gomes

Nota:

Será entregue Certificado de Formação aos Interiores e a quem o solicitar.

Contactos / informações:

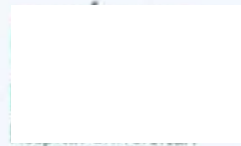
Secretariado de transplante renal - Fluxo

Tel: 212777125 ou 212727248

secretariado.transplante@hgo.ips-asa.pt

Anexo 9

Estágio No Hospital K Da Catalunha



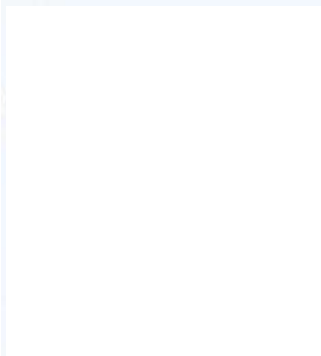
La Sra. _____, Adjunta a Direcció d' Infermeria de l' Hospital _____

CERTIFICA:

Que la **Sra. Raquel Alexandra Bruno Robalo**, con número Pasaporte J497474, ha realizado una estancia formativa en el Hospital _____ como enfermera en la Sección de Coordinación de Trasplantes durante el periodo comprendido entre los días 1 y 4 de diciembre de 2015.

Y, para que así conste, firmo el presente certificado.

Barcelona, a 04 de diciembre de 2015.



Adjunta a Dirección Enfermera.

Anexo 10

Curso De Reconhecimento E Abordagem Do Potencial Dador De Órgãos E
Tecidos



Programa de Formação

Curso: Reconhecimento e abordagem do potencial dador de órgãos e tecidos

Ação: 108.02

Local: Av. Torrão da Silva, 2801-951 Almada

Data: 15-10-2015

Módulo	Temas	Duração
Módulo I	Apresentação e estrutura do curso	00h15 Horas
Módulo II	Organização nacional e intra hospitalar	00h15 Horas
Módulo III	Reconhecimento e avaliação do potencial	00h30 Horas
Módulo IV	Diagnóstico de morte cerebral	00h30 Horas
Módulo V	Sessões práticas: Grupo I - Reconhecimento e avaliação do potencial dador; Grupo II - Diagnóstico de morte cerebral	02h00 Horas
Módulo VI	Abordagem clínica do potencial dador	00h30 Horas
Módulo VII	Abordagem da família	00h30 Horas
Módulo VIII	Sessões práticas: Grupo I - Abordagem clínica do potencial dador; Grupo II - Abordagem da família	02h00 Horas

Cronograma

Curso: Reconhecimento e abordagem do potencial dador de órgãos e tecidos

Ação: 108.02

Local: Av. Torrão da Silva, 2801-951 Almada

Data: 15-10-2015

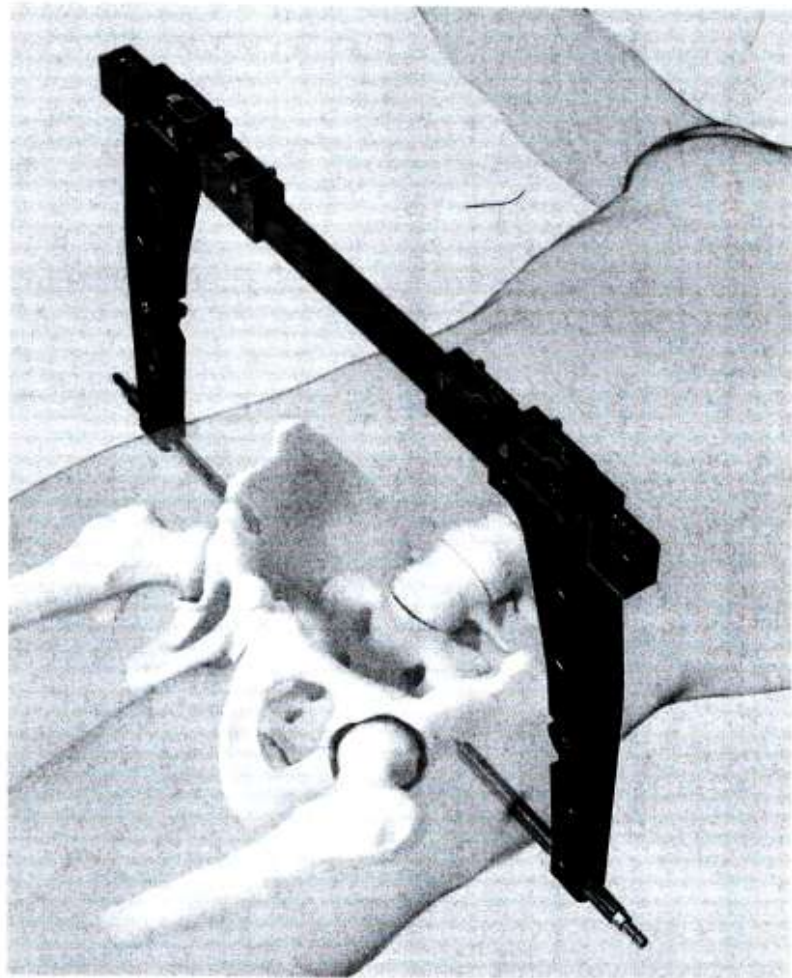
Data da Sessão	Hora de Início	Hora de fim	Módulo	Formador(es)
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	08:30	08:45	Módulo I - Apresentação e estrutura do curso	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	08:45	09:00	Módulo II - Organização nacional e intra hospitalar	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	09:00	09:30	Módulo III - Reconhecimento e avaliação do potencial	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	09:30	10:30	Módulo IV - Diagnóstico de morte cerebral	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	10:30	13:30	Módulo V - Sessões práticas: Grupo I - Reconhecimento e avaliação do potencial dador; Grupo II - Diagnóstico de morte cerebral	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	13:30	14:00	Módulo VI - Abordagem clínica do potencial dador	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	14:00	14:30	Módulo VII - Abordagem da família	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES
quinta-feira, 15 de Outubro de 2015	14:30	16:30	Módulo VIII - Sessões práticas: Grupo I - Abordagem clínica do potencial dador; Grupo II - Abordagem da família	CORINNA LOHMANN; FILIPE ANDRÉ NEVES CABRAL GONZALEZ; MARCO PAULO JOE BATISTA; RUI MIGUEL ALMEIDA GOMES

Anexo 11

Pelvic C-Clamp

Pelvic C-Clamp. Emergency stabilization instrument for unstable injuries and fractures of the pelvic ring.

Technique Guide



 **SYNTHES**® Instruments and implants
approved by the AO Foundation

APÊNDICES

Apêndice 1

Análise de SWOT

	Favorável	Desfavorável
Fatores internos da organização	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa jovem. - Norma TRC 1415 e 127. - Adere facilmente a novos projetos. - Interesse da Enfermeira Chefe da UGP. - Experiência em cuidados a pessoas do foro NC. - Foco da equipa de enfermagem baseado na pessoa e família ou pessoa significativa. - 4 SE devidamente equipadas. - Oportunidade de melhorar uma visão precoce na identificação e prestação de cuidados à pessoa potencial dadora de órgãos/tecidos - Oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e à sua família ou pessoa significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exaustão física e psicológica. - Risco de perda de motivação dos enfermeiros - Falta de apoio médico. - Pouca experiência em CI. - Número reduzido destes doentes na UGP. - Elementos recém-chegados à UGP. - Falha na identificação precoce de potenciais dadores e na notificação do GCCT. - Falha na envolvência da família/pessoa significativa em todo o processo. - Dificuldade na manutenção do rácio 1:1. - Comprometimento da manutenção do potencial dador. - Situação geradora de medo, angústia, dúvidas dos enfermeiros.

Fatores externos à organização	<ul style="list-style-type: none"> - Vasto desenvolvimento tecnológico na área do transplante. - Fácil articulação com o GCCT. - Consentimento presumido. - UCI/BO devidamente equipadas. - Diretrizes internacionais para a manutenção do potencial dador de órgãos/tecidos. - Portugal, o 5º país com maior número de dadores cadáveres. - Legislação Portuguesa bem estruturada. - Possibilidade de colheita de órgão em pessoas em PCR. - Subida do número de dadores cadáveres em Portugal em 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número crescente de pessoas em lista de espera para transplante. - Número reduzido de órgãos disponíveis face às necessidades. - Situação não programada. - Stress da família/pessoa significativa perante a situação. - Dificuldade na aceitação da família/pessoa significativa da MC e da colheita de órgãos e tecidos para transplante. - Grande discrepância entre Portugal (5º lugar) e Espanha (1º lugar) no que respeita ao número de dadores cadáveres.
--------------------------------	---	---

Quadro 2- Análise SWOT

Apêndice 2

Planeamento Do Projeto

Planeamento do Projeto

Estudante: RAQUEL ALEXANDRA BRUNO ROBALO	Orientador: ENF AMB
Instituição: Hospital X	Serviço: UGP
Título do Projeto: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO NEUROCRÍTICA, POTENCIAL DADORA DE ÓRGÃOS/TECIDOS	
<p><u>OBJECTIVO GERAL</u></p> <p>Capacitar para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global e norteada.</p> <p><u>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Desenvolver conhecimento na área da pessoa com patologia NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE.- Atualizar o procedimento setorial <i>Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral</i> para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.- Divulgar o procedimento setorial na UGP de forma a contribuir para as boas práticas.	

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção

Professora Orientadora; Enfermeira Chefe de Serviço, Enfermeiro Especialista Orientador, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiro Chefe de Equipa, Enfermeiro da gestão e equipa multidisciplinar da UGP; Enfermeiro Especialista da UCI NC; Enfermeira Chefe, Enfermeiro Especialista Orientador e equipa multidisciplinar do GCCT do Hospital X, Z e de Barcelona; Enfermeiro Orientador e equipa multidisciplinar do Gabinete de Doação de órgãos e tecidos do Hospital Y; Bibliotecária e Responsável pelo Gabinete de Apoio à Investigação do Hospital X.

Data: _____/_____/_____

Assinatura: _____

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>- Desenvolver conhecimento na área da pessoa com patologia NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE.</p>	<p>- Revisão bibliográfica.</p> <p>- Frequência do Curso <i>O essencial na doação de órgãos</i>.</p> <p>- Frequência do XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva em Lisboa.</p> <p>- Frequência do Curso <i>Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência</i> (Coimbra).</p> <p>- Frequência do III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Coimbra).</p> <p>- Estágio no Gabinete de Doação de órgãos e tecidos no Hospital Y.</p> <p>- Estágio no GCCT no Hospital</p>	<p>- Enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiro orientador do estágio.</p> <p>- Elementos da equipa multidisciplinar.</p> <p>- Elementos dos cursos, dos congressos e da biblioteca.</p>	<p>- Normas e protocolos dos serviços.</p> <p>- Artigos/livros científicos online e da biblioteca.</p> <p>- Custos com o Congresso em Lisboa (100€).</p> <p>- Computador e internet.</p> <p>- Custos com deslocação e estadia 3 dias em Coimbra (400€).</p> <p>- Diapositivos</p> <p>- Custos com</p>	<p>- 16 de Março de 2015 a 10 de Janeiro de 2016.</p> <p>- 8 de Maio de 2015.</p> <p>- 10 a 12 de Maio.</p> <p>- 4 de Junho de 2015.</p> <p>- 5 e 6 de Junho de 2015.</p> <p>- 28 de Setembro a 4 de Outubro de 2015 (16 horas).</p> <p>- 5 a 11 de</p>	<p>- Presença nos locais de estágio.</p> <p>- Frequência / Presença nas ações de formação.</p> <p>- Relatório de estágio.</p>

<p>- Atualizar o procedimento setorial <i>Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na</i></p>	<p>Z.</p> <p>- Estágio no GCCT em Barcelona.</p> <p>- Estágio no GCCT do Hospital X.</p> <p>- Estágio na UCI Neurocríticos do Hospital X.</p> <p>- Revisão bibliográfica.</p> <p>- Consultar as necessidades formativas da equipa de enfermagem.</p>	<p>- Enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiro orientador do estágio.</p> <p>- Elementos da equipa multidisciplinar.</p>	<p>deslocação e estadia 3 dias no Porto (400€).</p> <p>- Custos com deslocação e estadia 4 dias em Barcelona (600€).</p> <p>- Papel e caneta.</p> <p>- Normas e protocolos dos serviços.</p> <p>- Artigos/livros científicos online e da biblioteca.</p> <p>- Computador e</p>	<p>Outubro de 2015 (16 horas).</p> <p>- 12 a 18 de Outubro de 2015 (16 horas).</p> <p>- 26 a 31 de Outubro de 2015 (16 horas).</p> <p>- 2 a 8 de Novembro de 2015 (16 horas).</p> <p>- 16 de Março de 2015 a 5 de Fevereiro de 2016.</p> <p>- 16 de Março- 19 Abril de 2015.</p>	<p>- O procedimento setorial atualizado.</p>
---	--	---	--	--	--

<p><i>urgência geral,</i> para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reformulação do procedimento setorial. - Submissão do procedimento setorial reformulada a peritos. - 2ª Reformulação do procedimento setorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliotecária 	<p>internet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papel e caneta. 	<ul style="list-style-type: none"> - 27 de Setembro a 30 de Novembro de 2015. - 1 a 6 de Dezembro de 2015 - 7 a 20 de Dezembro de 2015. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar o procedimento setorial atualizada na UGP de forma a contribuir para as boas práticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração da sessão formativa. - Elaboração do plano da sessão formativa. - Sessão formativa. - Avaliação da sessão formativa. - Utilização de casos práticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe e restantes enfermeiros do SUP e enfermeiro orientador do estágio. - Elementos da equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimento setorial atualizada - Meios audiovisuais (data show). - Normas de apresentação de trabalhos da ESS IPS. 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 a 10 de Janeiro de 2016. - 1 de Janeiro de 2016. - 11 a 17 de Janeiro de 2016. - 17 de Janeiro de 2016. - 11 a 31 de 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano da sessão de formação. - Abranger 80% dos enfermeiros da UGP. - Poster.

	<p>caso surjam.</p> <p>- Elaboração e afixação de poster com o procedimento setorial atualizado.</p>			<p>Janeiro de 2016.</p> <p>- 18 a 24 de Janeiro de 2016.</p>	
--	--	--	--	--	--

Apêndice 3

Cronograma

Cronograma:

MESES ATIVIDADES	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
- Revisão Bibliográfica	16				10		27					5
- Diagnóstico de situação/objetivos	16	19										
- Planeamento		20			10							
- Frequência do Curso <i>O essencial na doação de órgãos</i>			8									
- Frequência do XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva em Lisboa			10 a 12									
- Frequência do Curso <i>Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência</i>				4								

PREVISÃO DOS CONSTRANGIMENTOS E FORMA DE OS ULTRAPASSAR

Os constrangimentos que se preveem, passam pela dificuldade no estabelecimento da comunicação em Espanhol, desânimo e cansaço dos enfermeiros, férias da equipa de enfermagem, custos associados aos estágios em Coimbra e Barcelona e um calendário escolar apertado.

Assim, as estratégias encontradas para contornar os constrangimentos referidos anteriormente passam por antecipar a ida para Barcelona de forma a praticarmos um pouco o espanhol, recorrer a um dicionário de bolso e à utilização do Google tradutor. Abordagem periódica do tema junto dos enfermeiros da UGP, bem como dos objetivos pretendidos, levando à reflexão antecipada e ao interesse destes, relativamente à temática. De forma a abranger o maior número de enfermeiros e médicos, decidiu-se pela realização 2 sessões no turno da manhã, durante 5 dias. Para fazer face aos custos inerentes às deslocações e estadias em Coimbra e Barcelona, foi solicitado apoio junto do respetivo gabinete. Perante as diversas atividades que se pretendiam desenvolver e dado o reduzido tempo para cumprir a calendarização escolar, optou por se organizar um cronograma rigoroso das atividades, adaptado às necessidades, de forma a atingir os objetivos traçados. Para além disso, foi exigida uma elevada capacidade de gestão de tempo e organização pessoal.

Apêndice 4

Estágios

GCCT

Os GCCT são estruturas autónomas dotadas de recursos humanos especializados, com equipas pluridisciplinares para a colheita de órgãos, tecidos e células nos dadores identificados, bem como de pessoal auxiliar e administrativo. Dispõem de uma escala de coordenadores de colheita e transplantação e de um sistema de contacto permanente que garanta uma resposta eficaz à referência de um potencial dador em qualquer hospital. Compete aos GCCT, entre outras atividades, coordenar a atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células nas instituições de saúde, públicas e privadas, da sua área de referência (TPM, 2007; ONT, 2011). Em Portugal, a atividade encontra-se dividida por 5 GCCT: Centro Hospitalar do Porto, Hospital de S. João, Hospital da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar Lisboa Central e Centro Hospitalar Lisboa Norte. Cada GCCT deve articular-se com as Unidades de Colheita e de Transplantação, bem como com os Coordenadores Hospitalares de Doação e os Centros de Histocompatibilidade, que determinam o grau de incompatibilidade HLA (antígenos humanos leucocitários) entre dador e recetor e que em caso de disparidade provocará uma resposta imune celular, responsável pela rejeição do enxerto. É da sua responsabilidade a consulta ao RENNDA e a transmissão dessa informação. A missão dos GCCT é proceder à avaliação de todos os potenciais dadores sinalizados (Silva, 2010).

Compete ao Coordenador do GCCT, de acordo com a Portaria nº 357/2008 de 9 de Maio (2008, p. 2513) a dinamização, regulação, normalização, controlo e fiscalização da atividade desenvolvida pela rede, o que vai incluir inúmeras atividades diretamente relacionadas com a identificação do PD.

- Gabinete de doação de órgãos e tecidos do Hospital Y

O estágio de observação no Gabinete de Doação de órgãos e tecidos do Hospital Y realizou-se nos dias 28 e 29 de Setembro e 1 de Outubro com um total de 17h. Está localizado no 2º piso do SU de um hospital da Margem Sul. É constituído por médicos, sendo um o coordenador, um enfermeiro e uma secretária de unidade. Encontra-se sob a dependência de um GCCT de um hospital de Lisboa. Tudo está devidamente organizado. Os processos são de fácil consulta e estão devidamente identificados, quer os que constituíram dadores, quer os que não o foram, tendo tido a oportunidade de os manusear. Por outro lado, foi possível perceber a dinâmica e a articulação deste gabinete com os

restantes serviços do hospital, principalmente com o SU. Consideramos que por este se encontrar geograficamente inserido no SU e por partilhar um enfermeiro de referência nas duas áreas, representa uma mais-valia, em motivação para formação, esclarecimento de dúvidas e sensibilização dos restantes enfermeiros deste serviço para a identificação, referenciação e manutenção de potenciais dadores.

Tivemos oportunidade de perceber como funciona a atuação do enfermeiro quando é notificado, dada a existência de um potencial dador, sendo fundamental os dados já anteriormente colhidos pelos enfermeiros do serviço identificador. Foram-nos explicadas e reforçadas algumas normas legais, como por exemplo os critérios de exclusão e inclusão diferentes para potenciais dadores de órgãos ou tecidos. Debatemos com o orientador as questões de oposição da família relativamente à doação quando o potencial dador não se encontra inscrito no REENDA, bem como as dificuldades sentidas aquando da reunião familiar. Percebemos como é feita a articulação, como se processa quando é identificado um potencial dador e quais os procedimentos em caso de hemoculturas positivas, obtidas já após o transplante.

Pudémos constatar a existência de diversa documentação junto das áreas de trabalho, bem como pósteres nas paredes que funcionam como alertas, evitando o esquecimento e simultaneamente como fornecedores de informação e de esclarecimento de dúvidas. São notórios não só os conhecimentos mas também a motivação relativamente a esta temática, dos enfermeiros do SU e dos restantes enfermeiros do hospital dada a sua elevada afluência aquando da realização da reunião da colheita de órgãos e transplantação renal do mesmo hospital no dia 1 de Outubro. Nesta foi abordada a importância da mudança de visão relativamente à doação, só assim capaz de produzir os números apresentados, não apenas da instituição mas dos hospitais que englobam a rede do GCCT e a importância da certificação destes, com vista à melhoria da qualidade. Foi abordada a necessária motivação e formação para a identificação de potenciais dadores e os cuidados na manutenção até à ida para o BO. A consulta de enfermagem pré transplante desempenha um papel fundamental na preparação da pessoa e da família, fazendo ensino, clarificando e percebendo as expectativas destes. Foram apresentados os cuidados no intra-operatório e na vigilância pós transplante de sinais de rejeição, infeção ou hemorragia. Foram igualmente abordadas questões éticas, como por exemplo a utilização de órgãos marginais e o que tal implica, nomeadamente ao consentimento informado.

Por outro lado tivemos a oportunidade de permanecer algumas horas no SU deste hospital, onde percebemos a sua dinâmica e organização. Assim, foi também possível constatar a utilização de diferentes materiais e aspetos facilitadores da gestão como a identificação das macas com cores diferentes consoante a sua localização.

- GCCT do Hospital Z

O estágio de observação no GCCT do hospital Z, no norte do país decorreu nos dias 6 e 7 de Outubro de 2015 com um total de 15 horas, no turno da manhã. Fica situado no 3º piso e é constituído por uma Coordenadora, enfermeira, mais 2 enfermeiros que a assessoriam, uma equipa de médicos e enfermeiros peritos na área da colheita de órgãos e uma administrativa. O Gabinete tem alocado a si 4 hospitais. A política do gabinete visa a formação inicial dos enfermeiros aquando da sua admissão no hospital, a colheita, (analisando os dados, organizando a colheita e alocando os órgãos) mas também o transplante de rins, fígado, pâncreas e córneas. Possui um banco de olhos com um sistema bem organizado que vai desde o pedido médico, à consulta de anestesia até à entrada da pessoa na lista de espera propriamente dita, estando assim apto a ser chamado quando existirem córneas disponíveis para serem transplantadas. Relativamente ao osso, quando existem pedidos deste, o gabinete faz o pedido a Coimbra. No que respeita à placenta esta é pedida a Lisboa, ao Gabinete de hispocompatibilidade. Quando surge uma colheita, o enfermeiro é acompanhado do enfermeiro Coordenador ou de quem o substitui, sendo que o objetivo deste último é agilizar o mais rapidamente possível o transplante, organizar as equipas e responder de forma célere, rápida e eficaz ao solicitado.

Relativamente à receção da pessoa em situação crítica no SU, esta entra na SE onde se encontra um enfermeiro da UCI apoiado por um enfermeiro da urgência e um intensivista. Na SE existem 2 camas com possibilidade de ventilação de duas pessoas, sendo que o que se preconiza é a sua rápida evacuação para uma das 2 UCIs. No caso de se tratarem de potenciais dadores estas unidades possuem 2 camas cada, prontas a recebê-los. Tivemos a oportunidade de visitar não só o SU e as SE, como as unidades referidas anteriormente. Próximo do gabinete existe um serviço de transplante de fígado e pâncreas (constituído por 12 camas) onde para além dos cuidados prestados, também se fazem consultas de enfermagem pré e pós transplante. Após o transplante e depois de alguns dias na UCI, a pessoa é transferida para este serviço permanecendo cerca de 20 dias. Neste

serviço o sistema de reposição de material é o HLS, que permite uma gestão de forma a impedir a expiração dos prazos de validade.

Existe um sistema automático interno relativamente à notificação dos falecidos, em que o sistema informático quando deteta que foi emitido uma certidão de óbito envia uma mensagem via telemóvel para o coordenador, com o nome, serviço e número de processo do falecido. Está em desenvolvimento um sistema semelhante, para as situações de videoconferência, em que o objetivo será o coordenador ter conhecimento das pessoas que possivelmente poderão ser recebidas e poderão vir a constituir potenciais dadores ou evitar que potenciais dadores se percam por não terem sido enviados. Tivemos a oportunidade de consultar alguns processos e ver como estão organizados.

Relativamente à doação em coração parado, o hospital encontra-se em processo de concurso. Durante estes dois dias não se verificou nenhuma colheita. No entanto considerámos que foi um estágio bastante útil pois pudémos perceber a dinâmica interna, conhecer e perceber as diferenças relativamente a outro gabinete. Quer da nossa quer da parte dos responsáveis foi unânime que o pouco tempo foi um fator menos positivo e que inviabilizou a observação de algumas colheitas. O facto de também haver outra aluna em estágio e de outro país, Brasil, foi importante na nossa integração mas também na troca de experiências e de particularidades da prática dos dois países. Os custos envolvidos foram de 200€ (alojamento, deslocação e alimentação).

- Curso- Reconhecimento e abordagem do potencial dador de órgãos

O curso decorreu no dia 15 de Outubro de 2015 no Hospital Garcia D'Orta. Consideramos que foi bastante pertinente e oportuno pois permitiu-nos consolidar bastantes conhecimentos, através da teoria mas também com casos e bancas práticas que foram criadas com vista à discussão de ideias e esclarecimento de dúvidas. O curso obedeceu a uma estrutura que passou pela abordagem da legislação, da definição de conceitos inerentes ao tema, da organização nacional e dos dados obtidos relativamente à doação/transplante, dos critérios de inclusão e exclusão associados ao reconhecimento e avaliação do potencial dador, a forma como é feito o diagnóstico de morte cerebral através das provas em que tivemos a oportunidade de praticar de uma forma simulada e a abordagem da família com todos os cuidados inerentes ao momento da morte. Foi abordada a fisiologia da morte cerebral e todos os sinais que são evidenciados, bem como

todos os cuidados a ter na manutenção, agindo de acordo com os acontecimentos que são expectáveis. Mais uma vez foi debatida a importância de uma identificação e referência precoce no sentido de permitir uma maior agilização dos meios com vista ao sucesso que é a colheita de um maior número de órgãos/tecidos viáveis com menor tempo de isquémia fria e com maior tempo de sucesso do enxerto.

- GCCT do Hospital X

Este foi um estágio de observação de 4 dias igualmente importante no sentido da consolidação e aquisição de competências e que decorreu nos dias 19, 21, 27 e 28 de Outubro de 2015 com um total de 28h. Trata-se de um gabinete alocado num hospital da zona sul do país, igualmente responsável pela mesma zona, com as mais elevadas taxas de doação/transplantação do país e a tal se deve o empenho da sua coordenadora e da sua equipa, como ficou bem patente. Para além disso, há a destacar todo o apoio disponibilizado na nossa formação não só a nível do gabinete, como externamente, para a aquisição de outros locais de estágio igualmente relevantes. Trata-se de um gabinete constituído por uma coordenadora enfermeira, da qual fazem parte também uma equipa médica e 10 enfermeiros responsáveis pela colheita de órgãos e tecidos, uma AO e uma técnica superior responsável pela área de tecidos. Para além da colheita multiorgânica, o gabinete também realiza colheita de tecidos (tendões, músculo, membrana amniótica, córneas com um banco próprio) e osso, apostando na formação constante dos seus enfermeiros.

O Gabinete encontra-se dividido em 3 áreas de trabalho: o gabinete propriamente dito, uma sala no piso intermédio do hospital utilizada como arquivo dos processos e reuniões e uma área técnica, onde se encontra todo o material necessário para uma colheita bem como arcas frigoríficas, máquinas de gelo e frigoríficos onde são guardadas as córneas, desde que são colhidas até serem utilizadas. A este gabinete estão alocados 21 hospitais que integram a rede.

Durante o estágio iniciou-se o processo de digitalização dos processos, até aqui em papel, devidamente identificados, catalogados e armazenados de forma a permitir a rápida e fácil consulta. Tivemos oportunidade de observar como é feita a referência da coordenadora quer por parte dos profissionais internamente ao hospital, quer externos aquando da identificação de um potencial dador e da consequente consulta do RENNDA.

Foi-nos explicado como decorre o normal funcionamento do gabinete e quais os procedimentos realizados diariamente. Foram debatidas temáticas como a abordagem à família e a forma como esta é feita. A equipa de enfermagem que se desloca para a colheita é constituída por 2 enfermeiros (um circulante e um instrumentista) que fornecem toda a informação ao coordenador. Na visão deste gabinete, a sensibilização junto dos profissionais da instituição é feita de forma ativa, esclarecendo dúvidas, identificando áreas com necessidade de intervenção, questionando casos de não referenciação. Foi impressionante assistir ao dinamismo incutido pela coordenadora para com os profissionais quer internos quer externos à instituição e a forma recíproca como é feita por estes relativamente à coordenadora. A disponibilidade, a presença e o espírito de liderança são algumas das qualidades necessárias para fazer face a toda a pressão sentida, durante o processo da doação. Sem elas e sem uma grande capacidade de entrega, trabalho e motivação, não seria possível alcançar as exigências. Ainda assim, são fundamentais conhecimentos tanto técnicos como jurídicos. No fim do estágio, apesar de sob supervisão da coordenadora, estivemos responsáveis pelo telemóvel da coordenação, o que para nós foi revelador do reconhecimento das competências e dos conhecimentos/ capacidades por nós demonstrados. Fomos igualmente convidados a integrar a equipa da colheita aquando da realização destas. Diariamente é feito um levantamento dos óbitos ocorridos no centro hospitalar no dia anterior, com a finalidade de identificar PD que não tivessem sido reconhecidos. Isto permite diminuir o número de PD não referenciados e a posterior sensibilização. O espírito jovem, o reconhecimento e a facilidade de relacionamento com os profissionais de saúde da instituição, são características indispensáveis ao Coordenador para alcançar os objetivos pretendidos.

Consideramos que fomos extremamente bem recebidos, tendo-nos sido dada a oportunidade de contactar com a diversa legislação, instruções de trabalho e procedimentos setoriais desenvolvidos. Foram debatidos os nossos objetivos para o projeto e dadas indicações pertinentes para o mesmo. Fomos ainda convidados a integrar a equipa de colheitas deste gabinete bem como a realizar o próximo curso TPM, por ser considerada uma mais-valia no serviço onde desempenhamos funções pelo dinamismo demonstrado, projetos e pela viabilidade das ideias apresentadas, que aceitámos prontamente sendo uma ambição pretendida há algum tempo. Apreendemos a denominação de fígados PAF. Fígados de pessoas com paramiloidose que são transplantados em pessoas que não tem a

doença nem vêm a contraí-la com este fígado. Em contrapartida as pessoas com paramiloidose recebem um fígado saudável de forma a impedir a evolução da doença.

Tivemos oportunidade de acompanhar a equipa de colheita do GCCT do hospital X, onde observámos e colaborámos na preparação da sala, na receção e instalação do dador. Contactámos com o diverso material que é preparado com vista à colheita consoante o órgão/tecido pretendido. Tivemos a oportunidade de assistir a 2 colheitas. Na primeira foi colhido coração, e fígado, córneas, tendões, músculo, osso, baço e gânglios linfáticos. Na segunda, para além do colhido anteriormente foram também colhidos rins e pâncreas. Trata-se de um procedimento de elevada tecnologia, assepsia e coordenação entre todos os elementos intervenientes.

A cirurgia tem início com a realização de uma incisão toraco abdominal longitudinal, desde o manúbrio esternal até à sínfise púbica, incorporando uma esternotomia mediana mesmo quando não está contemplada a colheita de órgãos torácicos. A cirurgia geral, a primeira especialidade a abordar o corpo, cauteriza todos os pontos hemorrágicos. Coloca-se um afastador e ambas as cavidades pleurais são abertas para inspeção do pulmão e evitar um pneumatórax hipertensivo. Coloca-se um afastador abdominal e a cavidade peritoneal é minuciosamente explorada para garantir que a cor e textura dos órgãos é normal e que não há neoplasias ou peritonite intra-abdominal. Segue-se a cirurgia cardioracica que inspeciona o coração através de uma incisão do pericárdio. Os grandes vasos como, a veia cava superior e inferior, o arco aórtico e a artéria pulmonar são amplamente mobilizados, dissecados e referenciados. Retoma a cirurgia geral que da mesma forma mobiliza, disseca e isola os grandes vasos a nível abdominal e que após heparinização sistémica, procede à canulação da aorta distal e veia porta e à perfusão de celsior frio de forma a preparar para o momento da clampagem da artéria aorta. O celsior é a solução de preservação das células do enxerto, utilizada por esta equipa, embora existam muitas mais no mercado, de forma a promover um meio adequado de sobrevivência até à sua substituição pelo sangue do recetor. Volta a cirurgia cardioracica que insere um cateter na aorta para realizar a cardioplegia e efetiva a clampagem total da mesma, interrompendo a circulação toraco abdominal. É fundamental a anotação da hora exata em que ocorre pois inicia-se a fase de isquémia fria que vai até ao momento em que os órgãos são implantados no recetor (figura 1). As cavidades abdominais e torácicas são preenchidas com gelo. Após terminada a cardioplegia o coração é colhido, seccionando-se os vasos.

Cada órgão tem um tempo de isquemia diferente, sendo o do coração o menor, pois rapidamente se torna inviável para transplante (coração- 4h, pulmão- 4 a 6h, fígado-12h, pâncreas até 20h, intestino- 6 a 8h, rins- 24 a 36h, vasos até 10 dias e córneas até 14 dias).

A sequência de colheita de múltiplos órgãos obedece a uma ordem: coração, pulmão, fígado, pâncreas, intestino delgado, rins, enxertos vasculares (artérias e veias), córneas, pele e outros tecidos. Após a colheita todos os órgãos são transferidos para a mesa de apoio sendo inspecionados e verificada a sua anatomia, permeabilidade e aspeto. Depois são devidamente acondicionados em vários sacos e colocados em caixas térmicas para transporte, devidamente seladas e identificadas.

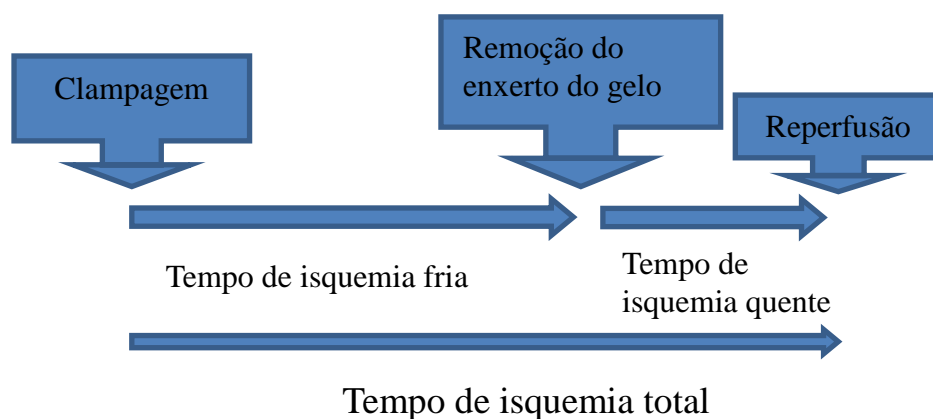


Figura 1- Tempo de isquemia total

O coração é colocado num saco de plástico estéril com SF a 4°C até ficar totalmente imerso e fechado. A seguir é colocado num segundo saco de plástico com SF gelado e fechado. Todo o conjunto é colocado num terceiro saco plástico e fechado com a hora da cardioplegia. O transporte é feito numa caixa térmica com gelo. O fígado e o pâncreas são colocados separadamente num saco esterilizado com 1L de solução de preservação e fechado. Coloca-se dentro de outro saco esterilizado com gelo moído e fechado com a hora da clampagem. São colocados numa caixa térmica, com gelo não esterilizado até à sua utilização. Os rins são colocados separadamente em sacos esterilizados com 500cc de solução de preservação e fechado. Cada saco é colocado dentro de outro saco esterilizado com gelo moído e fechado. De seguida são armazenados em caixas termicas com gelo não esterilizado a 4°C. Os enxertos vasculares são acondicionados em frascos esterilizados com solução de preservação e colocados em

caixas térmicas a 4°C. As referências bem como os números de série do material esterilizado são guardados. Existem uma série de impressos que são obrigatórios preencher pelos intervenientes na colheita. Nas etiquetas de identificação dos sacos deve constar o número do dador, o tipo de órgão e a lateralidade

Procede-se ao encerramento da pele, suturando o abdómen.

Posteriormente a equipa (médico, enfermeiro e técnico da área dos tecidos) treinada para a colheita de tecidos e osso entra, tendo o cuidado de proceder à colheita com alguma margem de músculo, no caso dos tendões. Tudo se inicia com uma sutura longitudinal ao nível da tibia. A reconstrução é feita utilizando gesso enrolado e que é colocado em substituição do osso de modo a dar forma ao membro. Depois tudo é suturado para que fique o menos desfigurado possível. Os membros inferiores são unidos com ligaduras de modo a evitar o pé equino e para que o gesso seque na forma pretendida.

Relativamente à colheita de córneas tudo tem início com a preparação de todo o material e garantida a técnica asséptica. Existe uma mala preparada com todo o material necessário. Primeiro começa por se proceder à desinfeção do olho, de seguida retira-se a conjuntiva e recorta-se em torno da córnea com uma certa margem de esclerótica. Destacada a córnea, retira-se a íris por detrás desta, bem como o cristalino e coloca-se num frasco próprio e emersa na solução. O humor vítreo dentro da loca é retirado e preenchido com uma compressa ou com um olho artificial para dar forma. Unem-se os bordos recortados com fio de sutura e unem-se as pálpebras com cola junto à pestanas. Todos os documentos são preenchidos, assinados e identificados com o número da colheita. Os frascos também devidamente identificados são colocados no piso inferior do frigorífico específico na área técnica do GCCT, até se obterem os resultados dos exames laboratoriais, passando de seguida para o piso superior à esquerda, em caso de resultados negativos. Aqui, as córneas aguardam ser enviadas para análise e avaliação. Obtidas todas as análises, as córneas passam para o lado direito do mesmo piso, a aguardarem distribuição. A técnica da colheita foi documentada fotograficamente, tendo tido o cuidado de solicitar a autorização e garantindo a salvaguarda da identidade dos intervenientes e do local.

Os custos envolvidos foram apenas com a alimentação (10€) pois este serviço encontra-se no hospital onde exercemos funções e o estágio antecedia sempre o trabalho laboral.

Consideramos ter logrado em pleno os objetivos a que nos propusemos. Aprofundámos conhecimentos e tivemos a oportunidade de assistir a procedimentos desconhecidos para nós

- UCIN

A UCIN do hospital X, trata-se de uma unidade de referência a nível nacional na área neurocirúrgica. Tem uma lotação de 22 camas, dividindo-se de acordo com as recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS) (2003) em 3 níveis de cuidados- 10 camas de nível III, 4 camas de nível II (com capacidade de prestação de cuidados de nível III) e 8 camas de nível I.

Os enfermeiros prestam cuidados nas 3 áreas não estando apenas afetos a uma área em exclusivo. Este estágio de observação decorreu no dia 2 e 4 de Novembro de 2015, com um total de 14h, na Unidade de Cuidados Intensivos NC onde tivemos oportunidade de observar e também prestar cuidados a um potencial dador de órgãos/tecidos que se encontrava a aguardar a realização de provas de morte cerebral, no primeiro dia. É notória a instabilidade hemodinâmica destas pessoas, havendo constante necessidade de ajuste das aminas. Tratou-se de um doente com um AVC hemorrágico catastrófico, submetido a craniotomia, mas sem qualquer viabilidade. Juntamente com a enfermeira responsável e com o Neurocirurgião, apreendemos na prática como se faz a avaliação neurológica do potencial dador, nomeadamente a nível da estimulação dolorosa, reação pupilar e reação traqueal profunda. Existem alguns enfermeiros peritos na área da manutenção do potencial dador servindo de referência para os restantes elementos da equipa. Tivemos acesso a diversa documentação utilizada na unidade, como se processa a referenciação do GCCT e os cuidados na manutenção, bem como a participação do enfermeiro aquando da realização das provas de morte cerebral. No segundo dia pudemos observar a realização das provas de morte cerebral a 2 pessoas. Presenciámos a preparação do material para a realização das provas. Acompanhámos a execução das mesmas. Ambas foram consideradas mortas após as segundas provas, constituindo dadores elegíveis.

Para além do saber e do saber fazer, importa saber ser, ou seja estar desperto para as necessidades da família/pessoa significativa, ter uma capacidade de comunicação capaz de estabelecer uma relação de ajuda e de permitir à família/pessoa significativa superar o processo de transição situacional que está a viver, uma enorme competência humana e

emocional. A família também foi um dos nossos objetos de estudo. Aproveitámos a oportunidade criada para nos aproximar dela e estabelecer uma relação eficaz que fosse benéfica e eficiente. Durante o estágio, tivemos a oportunidade de ver estampado no rosto de muitos familiares a dúvida, angústia, o medo, a incerteza, a tristeza, o desespero...sentimentos evidentes pela sua comunicação não-verbal quando recebiam a informação de um prognóstico muito reservado ou a consternação total de receber uma má notícia. Na UCIN esta é feita respeitando as 6 etapas de Buckman. Presenciámos a comunicação de uma má notícia aos familiares de uma pessoa, à qual iriam ser realizadas PMC. Esta notícia foi comunicada pela médica e pela enfermeira responsável, numa sala própria, com privacidade e tranquilidade, onde foi possível compreender o grau de conhecimento da família acerca da situação clínica bem como as suas expectativas. Permitiu-se que permanecessem junto do seu familiar o tempo que desejassem. Apresentámo-nos à família, referindo que estaríamos disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida que tivessem. Após algum tempo, colocaram as suas questões e foi-nos possível dar-lhes apoio, desmistificando mitos associados à colheita, mas acima de tudo dar-lhes paz e conforto. Apesar da comunicação de más notícias não ser uma situação nova para nós, mas permanecer com a família por um longo período de tempo após essa comunicação, representou um novo contexto, novo desafio e aprendizagem com aquisição de competências. Conseguimos estabelecer uma relação de ajuda eficaz, pelo que consideramos ter alcançado a meta proposta. Sentimo-nos satisfeitos pelas capacidades de ajuda e comunicação estabelecidas.

Acompanhámos o transporte do dador até ao BO, após as segundas PMC e o preenchimento do certificado de óbito. A transferência foi realizada pela equipa médica e de enfermagem da UCIN.

Da mesma forma que o anterior, os custos envolvidos foram apenas com a alimentação (10€) pois este serviço encontra-se no hospital onde exercemos funções e o estágio antecedia sempre o trabalho laboral.

Esta experiência revelou-se de extrema importância para o desenvolvimento de competências na área de estudo a que nos propusemos. Acreditamos que tudo isto nos permitiu um enorme crescimento pessoal e profissional, assim como o desenvolvimento e aquisição de competências. Durante o estágio contactámos com enfermeiros peritos em cuidados à pessoa em situação crítica e que com frequência identificam situações de

potenciais dadores. Esta realidade foi extremamente útil para nortear a nossa pesquisa bibliográfica e em simultâneo fortalecer competências facilitadoras para realizar esse reconhecimento.

Juntamente com o enfermeiro responsável, mantivemos um conhecimento rigoroso sobre os resultados dos exames realizados. Por diversas vezes realizámos colheita de sangue para gasimetria, hemograma, bioquímica e coagulação, assim como colheitas para culturas microbiológicas. Todas estas pessoas se encontravam monitorizadas, no que respeita à tensão arterial de forma invasiva, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e oximetria periférica. O registo destes parâmetros era horário tal como a diurese. Uma vez por turno era avalizada a glicémia capilar e a pressão venosa central. Para que as alterações neurológicas não passassem despercebidas, eram realizadas no mínimo 3 avaliações por turno, do score na Escala de Comas de Glasgow e a sensibilidade das pupilas à luz. A estimulação dolorosa era realizada em vários locais de forma bilateral. Para a pesquisa de ausência de respiração espontânea, os enfermeiros da UCIN recorriam ao momento em que prestavam cuidados brônquicos. A pessoa era momentaneamente retirada do suporte ventilatório para aspiração de secreções brônquicas. Se não apresentasse movimentos torácicos nem reflexo de tosse, poderíamos estar perante uma pessoa com ausência de respiração espontânea. Apesar das PMC serem um ato médico, contam com a participação do enfermeiro durante a realização das mesmas e na preparação do material. Uma vez que na UGP onde se aplicou o PIS, existiam algumas lacunas relativamente a esta matéria, considerámos oportuno integrar essa informação no procedimento setorial reformulado. Para tal recolhemos informação junto da enfermeira orientadora na UCIN e realizámos pesquisa bibliográfica.

Perante os resultados analíticos obtidos, constataram-se algumas alterações significativas, hipernatrémia e hiperglicémia. Recorreu-se à administração de insulina em perfusão, à administração de Dextrose 5% em H₂O e de água em pequenos bolus pela SNG.

Inicialmente com uma temperatura timpânica de 35°C, recorreu-se ao uso de aquecedor para elevação da temperatura corporal. Dado tratar-se de um método eficaz não foram utilizados mais manobras para aquecimento. Foram tidos também alguns cuidados gerais como a elevação da cabeceira a 30°, mudanças de decúbito. Foram tidos cuidados específicos com os olhos, nomeadamente lubrificação e encerramento dos mesmos.

- Hospital da Catalunha

O estágio num dos Hospitais da Catalunha decorreu entre os dias 1 e 4 de Dezembro de 2015 no GCCT. Trata-se de um hospital de nível 3 dando resposta a uma variedade de especialidades. É um dos hospitais principais de Barcelona com cerca de 5000 profissionais e é constituído por 4 especialidades: cardiologia, urologia, oftalmologia e hepatologia.

A triagem feita no SU é a Andorrano, que atribui um nível de atendimento e envia a pessoa para cada andar do edifício, sendo o nível 1, ao nível da entrada, onde se encontra uma sala de emergência, com capacidade para receber 6 pessoas e com capacidade para criar mais 2 postos. Nesta sala são prestados cuidados a pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), PCR, politraumatizados. Existe também uma sala contígua onde são recebidas pessoas com doenças infetocontagiosas ou possíveis dadores em PCR. Todos estes postos permitem um atendimento com cuidados avançados. A enfermeira responsável pela sala, coordena todos os cuidados, tendo também o apoio de outros enfermeiros dos restantes níveis. Aquando da entrada de uma pessoa nesta sala, vários profissionais são ativados: 2 enfermeiros dos outros níveis, assistente social, enfermeira Coordenadora (que aponta toda a informação relativa ao pré-hospitalar), anestesista, médico de medicina interna, traumatologista e coordenador hospitalar da doação que se desloca para avaliar a potencialidade para doação.

O Gabinete da doação é constituído por 5 enfermeiros, 4 médicos, um técnico de qualidade (que identifica as etapas em que se perdem os dadores), um administrativo, um AO, os enfermeiros do BO com formação e os médicos especialistas para a colheita de cada órgão e procede à colheita de coração, rim, fígado, pâncreas, córneas, tecido, ossos, exceto pulmão e ao seu transplante. Fica situado no piso 4 da porta 8. O turno começa com a visita às 6 UCIs no sentido do Coordenador ficar ao corrente da potencialidade para a doação das pessoas internadas (todas as unidades têm camas reservadas para receber potenciais dadores). As que ficam sinalizadas, são acompanhadas e é feito um estudo através da plataforma informática do hospital e do HC3 (que engloba a totalidade da informação clínica ao longo da vida). Associado ao Gabinete da doação existe um banco de tecidos que coordena toda a Catalunha e que se articula muito intimamente com estes profissionais. A sinalização também é feita telefonicamente, obedecendo à mesma

monitorização. É notório não só a sensibilização de todos os profissionais da instituição para a doação, incluindo na morgue, bem como o esforço árduo dos mesmos na coordenação da doação, que se deslocam com frequência a outros hospitais para fazer avaliações da potencialidade mas também fazem sessões de sensibilização aos profissionais de forma intensa e constante. No entender do coordenador hospitalar ainda existe algum constrangimento deste relativamente à colheita em assistolia Mastrish III. Encontra-se em desenvolvimento um projeto de criação de uma equipa, com médico e enfermeiro, ao nível dos CIs, de forma a assegurarem os cuidados ao potencial dador de forma mais consciente, bem como à presença de um enfermeiro no IML, no sentido de identificar potenciais dadores que não tenham sido notificados, de acordo com os critérios estabelecidos.

Existe lista de espera para cada órgão, mas no que respeita aos rins, também existe lista de dívida pelo que aquando da colheita do par, apenas um fica na instituição, sendo o outro devolvido, tal como procedem outras instituições, sendo a OCATT responsável pela sua distribuição. Cabe à OCATT na Catalunha, a organização da transplantação, tal como a ONT em Espanha, embora sob supervisão desta. Cada pessoa em lista de espera possui um MELT que representa a prioridade em termos de necessidade do órgão.

Assim, quando surge uma pessoa em morte cerebral neste hospital, é contactado o Coordenador de transplantes que se desloca até à UCI para proceder à avaliação do potencial dador e solicita serologias, grupo sanguíneo, bioquímica e hemograma, exames imagiológicos (ecografia abdominal, ecocardiograma etc.) e aborda a família no sentido do consentimento para a doação. Após se perceber quais os órgãos que vão ser colhidos, contactam-se as equipas de transplante, combinando a hora da extração. A comunicação desta à OCATT também é fundamental. No Bloco operatório procede-se à análise da anatomia dos órgãos e à sua colheita em caso de parecer favorável para o transplante. A articulação com o centro de extração de tecidos é feita, devendo esta ser programada para aproximadamente 2 horas após a hora da extração dos órgãos, sendo de seguida o corpo enviado para a morgue e entregue à família para o funeral.

No 1º dia para além de contactarmos com toda a rotina do Gabinete e de todos os procedimentos, tivemos oportunidade de observar a colheita de córneas numa pessoa com 83 anos. Curiosamente de cada córnea conseguem realizar 2 transplantes, o que multiplica as possibilidades. Após a colheita pelo Coordenador da doação, é colocada uma prótese de

plástico, no entanto não se procede à sutura dos bordos nem ao encerramento das pálpebras, sendo esse procedimento da responsabilidade de quem trata do corpo antes da entrega à família, onde as pessoas são maquilhadas e penteadas. Observámos a abordagem da família, que já tinha sido também num momento anterior.

Segundo o enfermeiro coordenador, a entrevista familiar em potenciais dadores em MC, é feita com tempo, em que a família vai acompanhando a evolução da situação. Muitas vezes são os próprios familiares que abordam a questão da doação, pois estão muito sensibilizados para esta questão. Por norma é o médico coordenador da doação o responsável pela entrevista familiar nos casos de colheita em MC, pois envolve todo um procedimento explicativo do diagnóstico, dos exames, contrariamente à entrevista familiar nos casos de pessoas em assistolia. Do seu ponto de vista a aceitação da morte e a entrevista tornam-se menos penosas e difíceis quando os familiares presenciam a situação que levou à PCR ou ao agravamento da doença. As taxas de recusa familiar para a doação de órgãos ronda os 15-30%, de córneas de 25-30% e de tecidos 45-50%.

Ainda nesse dia procedeu-se também à agilização de tudo o que era necessário para a realização de uma colheita de órgãos em coração parado, *mastrish III*, de uma pessoa que se encontrava num hospital privado, havendo necessidade de a trasladar.

No 2º dia depois de se confirmar todo o processo, as análises, os *timings*, houve necessidade de confirmar a disponibilidade da equipa médica específica para o órgão que se ia colher e a equipa de enfermagem. Assim, pelas 14h fomos de táxi (nós, a coordenadora da doação e a anestesista) até ao hospital onde se encontrava o potencial dador e onde a observámos. Tratava-se de uma mulher de 75 anos, operada a um neurinoma auricular direito em que tinha ocorrido hemorragia intensa. Após nova abordagem da família e obtido o seu consentimento, procedeu-se à sua trasladação. No BO foram suspensas as medidas de suporte vital. 5 minutos após a assistolia a equipa procedeu à canulação para a colheita dos rins, que posteriormente foram colocados numa máquina de perfusão renal, considerada com maior benefício que a conservação em gelo e onde podem permanecer no mínimo 6 horas e no máximo 28 horas.

No 3º dia observámos a colheita de córneas, cristas ilíacas, vértebras, tíbias, perónios, fémures, rótulas, úmeros e tendão de aquiles numa pessoa com 70 anos. A reconstrução foi feita com madeira, por ser biológico e manter a forma dos membros, o que por vezes não se consegue com o gesso.

Na opinião do coordenador da doação, a colheita em coração parado tipo III é aquela que apresenta maior potencialidade em termos evolutivos e onde se tem que apostar. O encarniçamento terapêutico e as medidas fúteis e inúteis, devem dar lugar a potenciais dadores, que para além de proporcionarem vida aos transplantados, reduzem a agonia e o sofrimento das famílias. O tipo II para além de gastos elevados implica grande articulação, *timings* muito curtos e um tempo de isquémia superior ao tipo III, pelo que o investimento pode não ser tão rentável como neste último, em que a assistolia é controlada. Apesar de tudo no transplante de pulmão, o tempo reduzido de ventilação no tipo II mostra-se benéfico aquando do transplante.

Neste mesmo dia fomos também a Manrese, onde numa UCI, de acordo com o tipo III, se procedeu à canulação da artéria e veia femural direita para perfusão e oxigenação extra corporal e colocação de um cateter fogarty na artéria femoral direita que através da insuflação do cuff na artéria aorta torácica, mantém a perfusão do sangue apenas a nível abdominal, após suspensas as medidas de suporte. Tratava-se de uma pessoa de 61 anos, que por obstrução da via aérea fez PCR, revertida após 15 minutos de manobras. A anoxia cerebral resultante, ditou a colheita de 2 rins, fígado, ossos e pele, após transporte para o BO, pelas equipas de hepatologia, urologia, de tecidos e de enfermagem sob supervisão do coordenador da doação. A trasladação do potencial dador ou dos profissionais até ao local da colheita é sempre assegurado pelo SEM (sistema de emergência médica).

No último dia tivemos oportunidade de visitar o SEM, que engloba o aconselhamento em saúde, o encaminhamento para o hospital ou para o centro de saúde (com capacidade para realizar exames radiológicos e laboratoriais) ou o envio de meios que pode ser uma ambulância, um médico ou um enfermeiro do centro de saúde ao domicílio. Existem ambulâncias básicas, com 2 técnicos, de apoio imediato com enfermeiro e técnico e avançado com médico e enfermeiro. Diariamente são recebidas pelo SEM 5000 chamadas, sendo que apenas saem ambulância para 1000. O número deste serviço de saúde é 061. O atendimento das chamadas é efetuado tanto por médicos como por enfermeiros, que procedem à triagem, podendo ainda ser feito por técnicos administrativos. Os técnicos de emergência procedem à regulação dos meios. O 112 é um outro número disponível que, à semelhança com Portugal reencaminha as chamadas para os bombeiros, polícia ou para o atendimento de saúde (com número 061 direto).

Tivemos ainda neste último dia oportunidade de assistir a uma sessão formativa relativamente à diferença entre a colheita de órgãos em dadores em assistolia controlada (tipo III) e não controlada (tipo II), realidade não existente em Portugal. Contrariamente à Lei Portuguesa que permite apenas a colheita de córneas em assistolia com limite de idade de 80 anos, em Espanha esse limite estende-se até aos 89 anos.

Consideramos que foi uma experiência difícil de conseguir mas que valeu todo o esforço, pelos momentos únicos de aprendizagem que nos proporcionou, só conseguida pela amabilidade e disponibilidade de toda a equipa e da professora coordenadora do Curso de Mestrado. Toda a documentação fornecida foi de extrema importância, servindo de suporte.

Apêndice 5

Procedimento Setorial Reformulado

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

APROVAÇÃO

1 OBJETIVO

Descrever as intervenções de enfermagem relacionadas com a identificação, avaliação e manutenção do potencial dador de órgãos/tecidos em morte cerebral e os cuidados à família/pessoa significativa deste; e referenciar precocemente o potencial dador ao GCCT, com vista à uniformização das práticas e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O procedimento setorial aplica-se à equipa de Enfermagem da UGP do Centro Hospitalar de Lisboa X

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Enfermeira Chefe e Enfermeiros Chefes de Equipa de Enfermagem da UGP e o grupo de trabalho nomeado.

3.2 Pela revisão do procedimento:

4 DEFINIÇÕES

Dador- A pessoa que faz dádiva de um ou mais órgãos, quer a dádiva ocorra em vida, quer depois da morte ⁽¹⁾.

ELABORAÇÃO	
Enfº AB	_____
Enfº CA	_____
Enfº LB	_____
Enfº PM	_____
Enfº MT	_____
Enfº Raquel Robalo	_____
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A		1/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

Dador em Morte Cerebral- Dador cadáver que mantém o coração ativo e foi legalmente declarado morto por critérios neurológicos ⁽²⁾. Os critérios de morte cerebral foram publicados pela Ordem dos Médicos no Diário da República nº 235, I Série B de 11/10/1994.

Dador em Coração Parado- Dador em paragem cardiocirculatória irreversível, com critérios definidos pela Ordem dos Médicos, conforme o Despacho nº 14341/2013 de 6 de Novembro ⁽³⁾.

Possível dador em Morte Cerebral- Pessoa com lesão cerebral grave e possível evolução para morte cerebral em curto espaço de tempo ⁽²⁾.

Potencial dador em Morte Cerebral- Pessoa com a suspeição clínica de morte cerebral, sem qualquer contra-indicação médica e com o diagnóstico, iniciado ou completo ⁽²⁾.

Dador Elegível em Morte Cerebral - Pessoa com o diagnóstico de morte cerebral e sem contra indicações para a doação de órgãos ou tecidos ⁽⁴⁾.

Dador Efetivo - Aquele a quem foi efetuada uma incisão cirúrgica com intenção de colheita de órgãos e tecido para transplante ou a quem foi colhido pelo menos um órgão com o propósito do transplante ⁽⁴⁾.

Dador Utilizado – Dador efetivo a quem foi retirado um órgão ou tecidos e que foi transplantado pelo menos um, em algum recetor ⁽⁴⁾.

Acolhimento- é a primeira das grandes áreas de intervenção do enfermeiro e que permite iniciar um processo de socialização. É fulcral no sentido de minorar as implicações relacionadas com a hospitalização. Consiste em gerir a informação e a sua integração como fator determinante na humanização dos cuidados, na medida em que reconhecer as necessidades dos familiares/pessoa significativa permite envolvê-los de forma eficaz no processo de cuidar ⁽⁵⁾.

Família/pessoa significativa- Vai para além da relação de consanguinidade. São todas aquelas que a pessoa doente considerar e que com ela constituam uma unidade social, uma rede de relações pautada pela proximidade, intimidade e afeto ⁽⁶⁾.

Manutenção do potencial dador- Processo e conjunto de medidas terapêuticas utilizadas para cuidado do dador de forma a manter os seus órgãos viáveis até à colheita ⁽²⁾.

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

GCCT- Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

IPST- Instituto Português do Sangue e da Transplantação

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			2/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

MC- Morte Cerebral
 PAD- Pressão Arterial Diastólica
 PAM- Pressão Arterial Média
 PAS- Pressão Arterial Sistólica
 PD- Potencial Dador
 PMC- Provas de Morte Cerebral
 RENNDA- Registo Nacional de Não Dadores
 VHB- Vírus da Hepatite B
 VHC- Vírus da Hepatite C
 VIH- Vírus de Imunodeficiência Humana
 VLTH- Vírus Linfotrópico das células T Humanas

6 PADRÃO

- CHKS, *International Accreditation Programme for Healthcare Organisations*, 4ª ed. julho 2013

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

- TRC 133 - Doação de Órgãos e Tecidos.
- TRC 127 - Triagem e Assistência aos Doentes Adultos Neurocríticos.
- TRC 132 - Diagnóstico de Morte Cerebral.
- COM. 108 - Comunicação de más notícias.

7 DESCRIÇÃO

A pessoa com quadro clínico compatível com lesão cerebral catastrófica e irreversível identificado/referenciado como potencial dador, deve ser monitorizado e cuidado em ambiente de medicina intensiva, o que na prática na UGP corresponde às 4 Salas de Emergência.

Preferencialmente estas pessoas deverão ser cuidadas na sala 4 de Emergência até à sua transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos.

O enfermeiro enquanto profissional da equipa multidisciplinar, ocupa uma posição privilegiada, pela proximidade com a pessoa e família/pessoa significativa. Desta forma, o enfermeiro deverá ser um dinamizador do processo de identificação/referenciação de potenciais dadores (PD) de órgãos e tecidos, uma vez que tem um papel relevante na avaliação neurológica da pessoa, juntamente com o médico.

O processo de MC é um evento amplo em que ocorrem diversas alterações fisiopatológicas. A deteção precoce dessas alterações e a intervenção imediata

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A		3/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

permite a minimização das perdas de PD por cuidados deficitários, para além de melhorar as condições do enxerto no pós transplante.

A família/pessoa significativa deve ser abordada o mais precocemente possível e encaminhada para a sala de reuniões (acima da oftalmologia), que reúne as condições essenciais para a realização da reunião familiar com a equipa multidisciplinar, permitindo privacidade e um ambiente tranquilo, em que são explicadas e esclarecidas questões relativas à situação clínica do seu familiar.

7.1 Cuidados ao Potencial Dado de Órgãos/Tecidos

Identificada uma pessoa em score 3 da escala de comas de Glasgow (sem abertura dos olhos, sem resposta verbal nem motora) com pupilas fixas, sem respiração espontânea, com causa conhecida e irreversibilidade da situação clínica, estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos, estabilidade hemodinâmica e perante a ausência de condições como hipotermia, hipotensão, alterações endócrinas-metabólicas e agentes depressores do SNC e ou de agentes bloqueadores neuromusculares. Indiciam à realização de provas de morte cerebral (PMC).

A fim de se verificarem as condições anteriores, o enfermeiro deverá acompanhar a pessoa na realização de exames que forem considerados necessários e assim contribuir para a decisão clínica.

Assim, para a realização das primeiras PMC, o enfermeiro deverá:

- confirmar a identificação da pessoa;
- realizar colheita de sangue para a 1ª gasimetria;
- colocar um FiO2 a 100%, durante 15 minutos.

Neste período de hiperoxigenação os médicos iniciam as PMC, começando por pesquisar a atividade motora espontânea ou a resposta a estímulos dolorosos na área dos pares craneanos, seguindo-se as respostas e os reflexos dos nervos craneanos: fotomotores, córneos, faríngeo e traqueal profundo, oculocefálicos e oculovestibulares.

Será necessário que o enfermeiro providencie:

- ponteiro com luz (reflexos fotomotores);
- compressas esterilizadas (reflexos córneos);
- sonda de aspiração (reflexo traqueal profundo);

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			4/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

- soro fisiológico a 4º C;	}	
cateter venoso periférico G14 (sem mandril);		(reflexos oculovestibulares)
seringa de 50 ml;		cabeceira a 35º, avaliar a resposta
ebonite/compressas;		durante 1min. Intervalo de 4 min
otoscópio.		entre cada ouvido

Para a prova da apneia desconecta-se a pessoa do ventilador e coloca-se durante 8 minutos, uma sonda de O2 intratraqueal a 8L/min (não mais pelo risco de barotrauma), com monitorização contínua da SaO2 (em caso de hipoxémia deve interromper-se). No caso de não haver hipoxémia, após os 8 minutos e antes de reconectar a pessoa ao ventilador, deverá ser feita uma 2ª gasimetria, sendo que os valores de referência são PaO2> 60mmHg ou um diferencial superior a 20mmHg em relação à 1ª gasimetria).

Após realizadas as primeiras PMC, importa verificar a ausência de critérios de exclusão absolutos, os antecedentes pessoais, eventuais comportamentos de risco e qualquer informação pertinente recolhida junto da família, bem como o exame físico, de forma a proceder à referência ao Coordenador do GCCT, via telemóvel (964096021) para que este proceda à avaliação do PD com base na informação obtida e à consulta do RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores). A existência de registo no RENNDA implica não avançar com o processo de doação. No caso de pessoas não residentes em Portugal, a lei aplicada obedece à do país de origem, devendo ser pedido o consentimento escrito à família/representante legal.

Após a consulta do RENNDA o resultado é comunicado à UGP, ficando em anexo no processo do PD.

Como critérios absolutos de exclusão, para a doação de órgãos/tecidos temos:

- causa de morte desconhecida;
- neoplasia maligna;
- infeções por: HIV, VHB, VHC.
- Infeções sistémicas não tratadas ou de etiologia desconhecida;
- tuberculose ativa;
- infeções fúngicas;
- raiva;
- história familiar de doença Creutzfeldt-Jacob ou encefalopatia espongiforme similar;
- tratamentos com derivados da hormona pituitária humana;
- recetores de dura mater, esclera ou córnea;
- vacinas vivas nas 4 semanas prévias à data da morte;

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			5/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMILIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

Devem ser pesquisados fatores de risco comportamentais/ critérios de exclusão relativos como:

- múltiplos parceiros sexuais;
- toxicodependência endovenosa ou intranasal;
- prostituição;
- pessoas cujos parceiros eram portadores de HIV, VHB, VHC e VLTH;
- residentes em instituições prisionais nos últimos 3 meses;
- transfusões de sangue nos últimos 12 meses;
- doenças sexualmente transmissíveis diagnosticadas ou tratadas nos últimos 12 meses;
- hemofilia ou outras doenças tratadas com hemoderivados humanos;
- história de viagens recentes para países onde são endêmicas doenças transmissíveis (Malária, raiva, West Nile Vírus);
- sífilis;
- tatuagens realizadas há menos de 6 meses;
- doenças autoimunes.

Para a realização da colheita de órgãos deve estar disponível a folha de PMC e o resultado da consulta ao RENNDA.

No caso da não existência de registo no RENNDA, o Coordenador Hospitalar de Doação deverá deslocar-se à UGP a fim de realizar a avaliação do PD. Consequentemente cabe ao Coordenador de Colheita e Transplante decidir de acordo com os critérios de inclusão/exclusão quais os órgãos a colher. Deverá ser fornecida toda a informação solicitada relativa à história clínica (atual, bem como intercorrências como PCR, cirurgias, doenças anteriores, medicação), dados demográficos (peso, sexo, idade, grupo sanguíneo) causa de morte e exames complementares de diagnóstico.

Após o GCCT se pronunciar sobre a aceitabilidade do dador, o enfermeiro da UGP deve:

1- Colher sangue para estudo de marcadores virais:

- 6 tubos de hemograma;
- 2 tubos de bioquímica;
- 1 seringa de 20ml heparinizada (aspirar 0,5ml de heparina e desperdiçar) de preferência de veia periférica;
- tipagem, caso ainda não tenha (enviar gricóde para o serviço de sangue. Na requisição deve constar a indicação de PD de órgãos. O serviço de sangue disponibiliza a tipagem e regista-o no processo clínico)
- 3 tubos com o pedido feito com o perfil do dador de órgãos e tecidos (disponibilizado em sistema informático).

Todos os tubos deverão estar identificados individualmente com as vinhetas de identificação do PD e colocados num saco de plástico, que posteriormente deverá ser colocado num contentor próprio, a fornecer pelo GCCT.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			6/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

2- Colaborar com o cirurgião na colheita do gânglio da região femoral, para compatibilidade/tipagem HLA (Human Leukocyte Antigen), sendo fundamental:

- a caixa de colheita de gânglios, que deverá ser solicitada ao bloco operatório central ou à UCIP1;
- 1 lâmina de bisturi;
- fio de seda para sutura;
- desinfetante;
- frasco esterilizado;
- soro fisiológico à temperatura ambiente;
- bata, luvas, campo esterilizados
- gorro e máscara

O gânglio depois de colhido é colocado no frasco estéril com soro fisiológico à temperatura ambiente, acondicionado e identificado da mesma forma que os tubos descritos anteriormente. No caso de colheita simples de rim ou rim/fígado, o gânglio poderá também ser colhido intra colheita, no Bloco Operatório.

O transporte dos produtos deve ser realizado pelo Serviço de apoio - 11260, que deve ser contactado a fim de recolher e transportar os produtos para o Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa, localizado no Hospital Pulido Valente. O enfermeiro deve assegurar a devida identificação e acondicionamento dos mesmos.

Em caso de necessidade, o enfermeiro a contactar deverá ser o enfermeiro responsável pelo PD.

O intervalo entre as provas é variável, sendo que a realização de angiografia não inviabiliza a necessidade de realização das duas PMC.

Se confirmada a MC, a hora do óbito corresponde à hora das segundas provas. A partir deste momento falamos em dador elegível.

Por outro lado, quando é identificado um PD, o enfermeiro deve dirigir todo o esforço no sentido da sua estabilização e manutenção em condições ótimas de perfusão e oxigenação para melhorar a viabilidade dos órgãos que posteriormente poderão ser transplantados. Assim, perante uma pessoa com uma lesão cerebral irreversível, o enfermeiro, antevendo o seu desfecho e detentor de conhecimentos relacionados com a instabilidade cardiovascular, as alterações metabólicas e a hipoperfusão tecidual, deve agir com vista à preservação dos órgãos:

- Cuidados básicos:

- elevação da cabeceira entre 30° e 40°;
- realizar mudanças de decúbito a cada 2 horas;
- aspirar tubo orotraqueal somente se houver secreções;
- manter pressão do cuff do TOT entre 20 e 30 cm H₂O;
- monitorização eletrocardiográfica;
- cateter arterial;
- avaliação de pressão arterial invasiva e contínua;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			7/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

- CVC de 2 ou 3 lumens;
- avaliação de PVC;
- administração de drogas vasoativas em lumens exclusivos;
- balanço hídrico rigoroso;
- capnografia;
- sonda nasogastrica ou orogastrica;
- cateterização vesical (controlo da diurese horaria);
- avaliação de temperatura central;
- não realizar técnicas invasivas desnecessárias;
- não realizar irrigação vesical ou peritoneal em PD.

- Prevenir a hipotermia:

- temperatura central >35°C;
- colocar manta térmica;
- infusão de líquidos somente aquecidos a 43°C (cristaloides, irrigações gástrica);
- aquecer o ar ambiente com focos de luz para o tórax e abdómen (temperatura ambiente >23°C);
- não usar filtros HME.

- Vigiar situações de hipertensão (TAS> 180 mmHg e TAD> 120mm Hg ou TAM> 95 mm Hg) por mais de 30 minutos,

- administração de medicação prescrita.

- Em caso de hipotensão, otimizar valores de TAM> 65 mm Hg ou TAS> 90 mm Hg, através da

- administração de medicação prescrita.

- Vigiar situações de arritmia.

- Preconizar uma ventilação protetora em que o objetivo é manter todas as medidas de higiene brônquica e manuseio da via aérea com assepsia.

- antes do transporte para o bloco operatório deve oxigenar-se o dador durante 30 minutos, com O₂ a 100%.

- Vigiar intolerância alimentar por via entérica (ex: quadro de instabilidade hemodinâmica grave)

- drenagem gástrica passiva em caso de estase
- ponderar soro dextrosado ou alimentação parentérica.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			8/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

- Monitorizar a glicémia capilar pelo menos a cada 6 horas, com o objetivo de as manter entre 140-180 mg/dl,

- se glicemias > 180 mg/dl, avaliação horaria.

- Vigiar diabetes insípidos procurando manter diurese entre 0,5-3 ml/kg/h e sódio entre 130-150 mEq/L,

- se hipernatremia utilizar glucose 5% em H₂O, NaCl a 0,45%, ou administração de água por via entérica.

- Vigiar alterações eletrolíticas como a hipofosforémia, a hipocalcémia, a hipocaliémia e a hipomagnesémia.

- Prevenir situações de coagulopatia,

- transfundindo concentrado eritrocitário, plaquetas, plasma e administrar fibrinogénio sintético quando prescrito.

- Vigiar situações como hematuria, gengivorragias ou hemorragia nos locais de inserção dos dispositivos.

- No que respeita aos cuidados com as córneas:

- mantê-las tapadas e humedecidas com soro ou colírio indicado;

- evitar o contacto direto de compressas na córnea.

- Realizar registos que evidenciem a avaliação, o diagnóstico, as intervenções e os resultados dos cuidados prestados.

- Cumprir as medidas básicas de controlo de infeção, utilizando EPI. Todas as manobras invasivas devem ser assépticas. No dador a infeção não provoca hipertermia.

- Ter em consideração que não constitui uma contra indicação absoluta para a colheita, nem para a interrupção da manutenção do dador, casos de culturas positivas ou com o diagnóstico de infeção.

- iniciar antibioterapia aquando da indicação médica. Informar o GCCT.

- em todos os PD colher sangue, urina e secreções brônquicas para estudo microbiológico.

- em situações de suspeita de infeção em local específico, deve colher-se uma amostra do líquido em questão.

Todos estes cuidados devem manter-se até ao transporte para o bloco operatório que é realizado pelo enfermeiro responsável, pelo médico assistente e pelo AO do BOC, com toda a documentação escrita que integra o processo.

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			9/18

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

Importa considerar, que o PD, em qualquer momento pode ser transferido para uma unidade de cuidados intensivos. Deverão ser transmitidas, para além das escritas, todas as informações consideradas pertinentes, ao enfermeiro que recebe o PD, das quais devem constar as intervenções já desenvolvidas com a família/pessoa significativa.

7.2 Acolhimento da família/pessoa significativa

Como membro da equipa multidisciplinar, cabe ao enfermeiro a participação, quer nos cuidados ao potencial dador quer à família/pessoa significativa do mesmo. Assim, tendo por base o protocolo de 6 etapas de Buckman, o enfermeiro deve:

1- Preparar a entrevista

Objetivos:

- preparar a entrevista familiar;
- fomentar a confiança e a tranquilidade;
- estabelecer uma relação terapêutica.

Estratégias:

- estar munido de conhecimentos concretos sobre a MC, as normas legais e a situação clínica da pessoa, de forma a poder responder de forma concreta, segura e precisa às questões colocadas. Implica treino e preparação (legal, emocional e técnica);
- discutir com os elementos da equipa a informação e planear a atuação de cada um;
- reunir o máximo de informação possível;
- introspeção relativa à MC e ao processo de doação e transplante. Atitude positiva;
- abordar a família/pessoa significativa o mais precocemente possível de forma a promover a interiorização da informação e facilitar o processo de luto;
- apresentar-se e solicitar contacto do familiar/pessoa de referência;
- acolher de forma empática e humana;
- receber a família/pessoa significativa, num ambiente calmo, promotor de privacidade, afastado do PD de órgãos/tecidos, como a sala de reuniões (por cima da oftalmologia). Não limitar o número de pessoas, mas perceber quais os elementos da família/pessoas significativas mais favoráveis/capazes para a entrevista;
- solicitar apoio ao Coordenador do GCCT.

2- Averiguar a perceção das pessoas

Objetivos:

- perceber os sentimentos associados à situação;
- explorar os conhecimentos relativos à situação;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			10/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

- clarificar informação incorreta.

Estratégias:

- perceber os mecanismos de defesa da família/ pessoa significativa;
- avaliar o estado emocional relativamente à situação de forma a perceber se é o momento adequado para a abordagem destes;
- identificar o papel de cada interveniente e o nível de compreensão;
- ser honesto no discurso;
- esclarecer dúvidas/mal entendidos;
- utilizar a técnica da reformulação;
- optar por questões abertas;
- ter em consideração a comunicação não verbal;
- evitar a elaboração de expectativas irrealistas;
- compreender situações de negação da situação.

3- Perceber o que as pessoas pretendem saber

Objetivos:

- acompanhar a família/pessoa significativa no processo de transição e mudança das necessidades.

Estratégias:

- perceber que tipo de informação a família/pessoa significativa pretende ter e que tipo de pormenores pretende discutir;
- negociar o momento mais adequado para a partilha da informação;
- não fazer juízos de valor. Respeitar a decisão;
- perceber o nível de informação que os elementos da família/pessoa significativa conseguem assimilar;
- fazer pausas entre partes de informação e aguardar por perguntas;
- caso não queiram qualquer tipo de informação, deixar em aberto a possibilidade de voltarem a conversar noutro momento.

4- Partilha de Informação

Objetivo:

- preparar a família/pessoa significativa para a situação.
- assegurar uma comunicação eficaz;

Estratégias:

- preparar a família/pessoa significativa para o primeiro impacto visual (aparência física da pessoa e equipamento para manutenção) e mostrar disponibilidade para o acompanhamento;
- explicar a situação clínica, bem como os cuidados prestados. Explicar cada procedimento e responder a questões de forma verdadeira;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			11/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

- explicar a família/pessoa significativa sobre a suspeita de MC antes das realização das provas para confirmação do diagnóstico;
- explicar juntamente com o médico, o significado de MC e que tal significa morto, bem como a Irreversibilidade do processo;
- explicar a possibilidade da pessoa poder apresentar movimentos corporais (reflexos espinhais) e o seu significado, de forma a evitar a dúvida no diagnóstico e falsas expectativas;
- introduzir a temática da doação, de forma a perceber a sua perpectiva, sentimentos, crenças;
- utilizar linguagem simples, objetiva e verdadeira, sem contradições e adaptada ao nível de compreensão da família/pessoa significativa;
- não utilizar termos técnicos, pois podem causar confusão, falsas expectativas e incertezas;
- validar a compreensão da família/pessoa significativa;
- explicar o prognóstico e quais os cuidados previstos. Mostrar-se recetivo a questões e dúvidas. Fomentar a confiança;
- desmistificar falsas expectativas e ideias incorretas;
- parar frequentemente para avaliar o que foi dito;
- rever todas as questões;
- procurar ultrapassar barreiras de comunicação, como a linguística, a literacia;
- perceber a existência ou não de comportamentos considerados de risco.
- comunicar que o seu familiar vai ser dador de órgãos. Que não se trata de um pedido de autorização.

5- Responder às emoções

Objetivos:

- identificar as reações emocionais da família/pessoa significativa e capacidade de recuperação;
- reconhecer as nossas próprias emoções.

Estratégias:

- acompanhamento individualizado da família/pessoa significativa através de um suporte emocional, empático e de ajuda consistente, no sentido de atender às necessidades no momento de luto e perda;
- estar preparado para as reações emocionais da família/pessoa significativa e não esperar reações lógicas. Clarificar reações súbitas;
- acolher de forma humanizada, mostrando disponibilidade, compreensão, promovendo uma escuta ativa e permitindo que a família/pessoa significativa expressem os seus sentimentos, a sua dor, sem fazer juízos de valor;
- observar emoções e linguagem não verbal;
- valorizar os sentimentos;
- disponibilizar-se para esclarecer dúvidas, medos, expetativas;
- reforçar informação importante;
- dar tempo à família/pessoa significativa;
- disponibilizar apoio religioso, de psicológico ou de outros profissionais;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			12/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

- certificar que a família/pessoa significativa entende que o seu familiar está morto;
- manter-se por perto/ disponível após o fim da reunião. E nunca evitar a família/pessoa significativa mesmo em situações constrangedoras.

6- Estratégias e resumos

Objetivo:

- definir plano de ação com a família/pessoa significativa.

Estratégias:

- fazer um ponto da situação e um resumo;
- fazer recomendações sobre o plano;
- reforçar que o corpo não será sujeito a mutilação e que será reconstruído mantendo a dignidade do cadáver;
- informar a família quando terá o corpo disponível;
- confirmar os contactos de referência;
- avaliar o nível de conhecimentos assimilados e o seu estado emocional;
- mostrar disponibilidade;
- manter-se atento aos problemas e preocupações da família/pessoa significativa;
- mobilizar fontes de apoio familiar e social;
- acompanhar a família/pessoa significativa no momento da visita e permanecer junto destes. Não limitar o tempo de permanência junto deste;
- permitir privacidade, afastando-nos, mas informando onde nos pode encontrar caso necessário, de forma a facilitar o processo de luto. Verificar o nosso estado emocional e o nosso conforto perante a situação.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8.1 Fontes citadas no corpo do documento

- 1- Lei nº 36/2013, de 12 de Junho de 2013. Aprova o regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados a transplantação no corpo humano.
- 2- World Heart Organization. Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation. Genebra. Novembro de 2009.
- 3- Despacho nº 14341/2013 de 6 de Novembro. Colheita de órgãos em doente com paragem cardiocirculatória.
- 4- Gomes, R., Gonzalez, F., Batista, M. Norma de Orientação Clínica 2018 - Manutenção de um dador em Morte Cerebral. Hospital Garcia de Orta, EPE.
- 5- Gomes, I., Melo, E., Pinto, H., 2005. Análise das modelagens de acolhimento. Mimeo.
- 6- Pereira, S. M., 2010. Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN 978-972-54-0279-5.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			13/16

	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

8.2 Fontes consultadas mas não citadas

- Becher, S. et al., 2014. A Enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial dador. SANARE, Sobral, vol. 13, nº 1, 69-75.
- Caple, C., Ciasulli, K., 2014. Organ Donor (Non-living): Care of. Nursing Practice & Skill. ICD-9, 00.93
- Critérios de Morte Cerebral - Declaração da Ordem dos Médicos previsto no Artº 12 da Lei 12/93 de 22 de Abril
- Erlacher, R. G. N. et al., 2014. Cartilha Técnica- Doação de Órgãos para Profissionais de Saúde. Central de Transplantes do Espírito Santo.
- Grupo de Trabalho do Guia de Prática Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008. Guia de Prática Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
- Lei 22/2007 de 29 de Junho. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana.
- Liberato, S. M. D. et al., 2012. Nursing care of the potential donor of organs after brain death: integrate review. Revista enfermagem UFPE on line. Vol 6, nº 10, 2521-2526. DOI: 10.5205/relou.3111-24934-1-LE.0610201226. ISSN: 1981-8963.
- McKeown, D. W., Bonser, R. S. & Kellum, J. A., 2012. Management of the heartbeating brain-dead organ donor. British Journal of Anaesthesia, 108, i96-i107.
- Pereira, M. A. G., 2008. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-972-8485-92-4.
- Portaria 357/2008 de 9 de Maio. Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação.
- Smith, N., Kornusky, J., 2015. Death Determination in Adult Patients: Assisting with. Nursing Practice & Skill.

9 ANEXOS

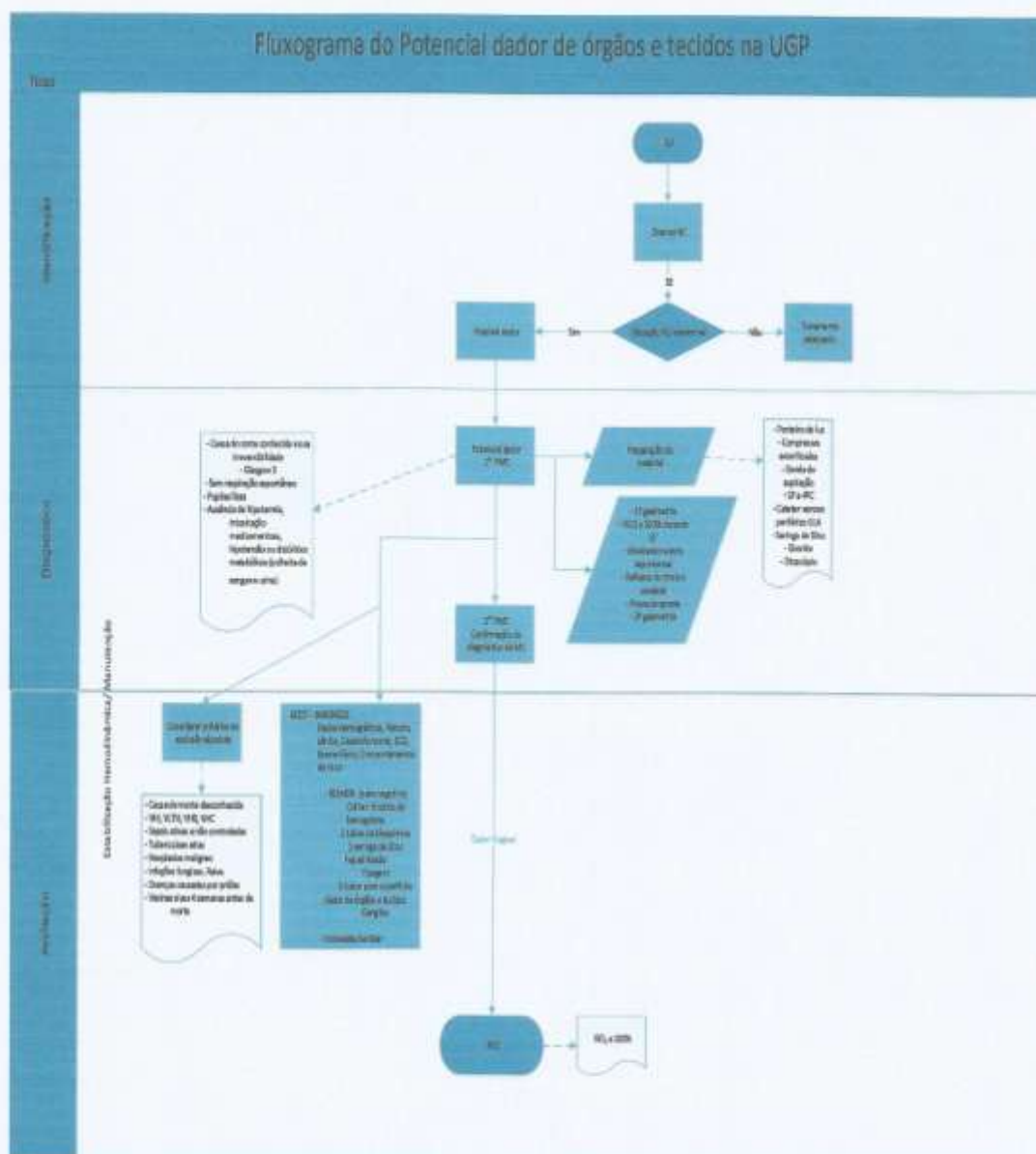
9.1 Impressos

9.2 Outros

Anexo 1- Fluxograma do Potencial Dador na UGP


Anexo 2 - Cuidados de Enfermagem na Manutenção do Potencial Dador

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			14/16

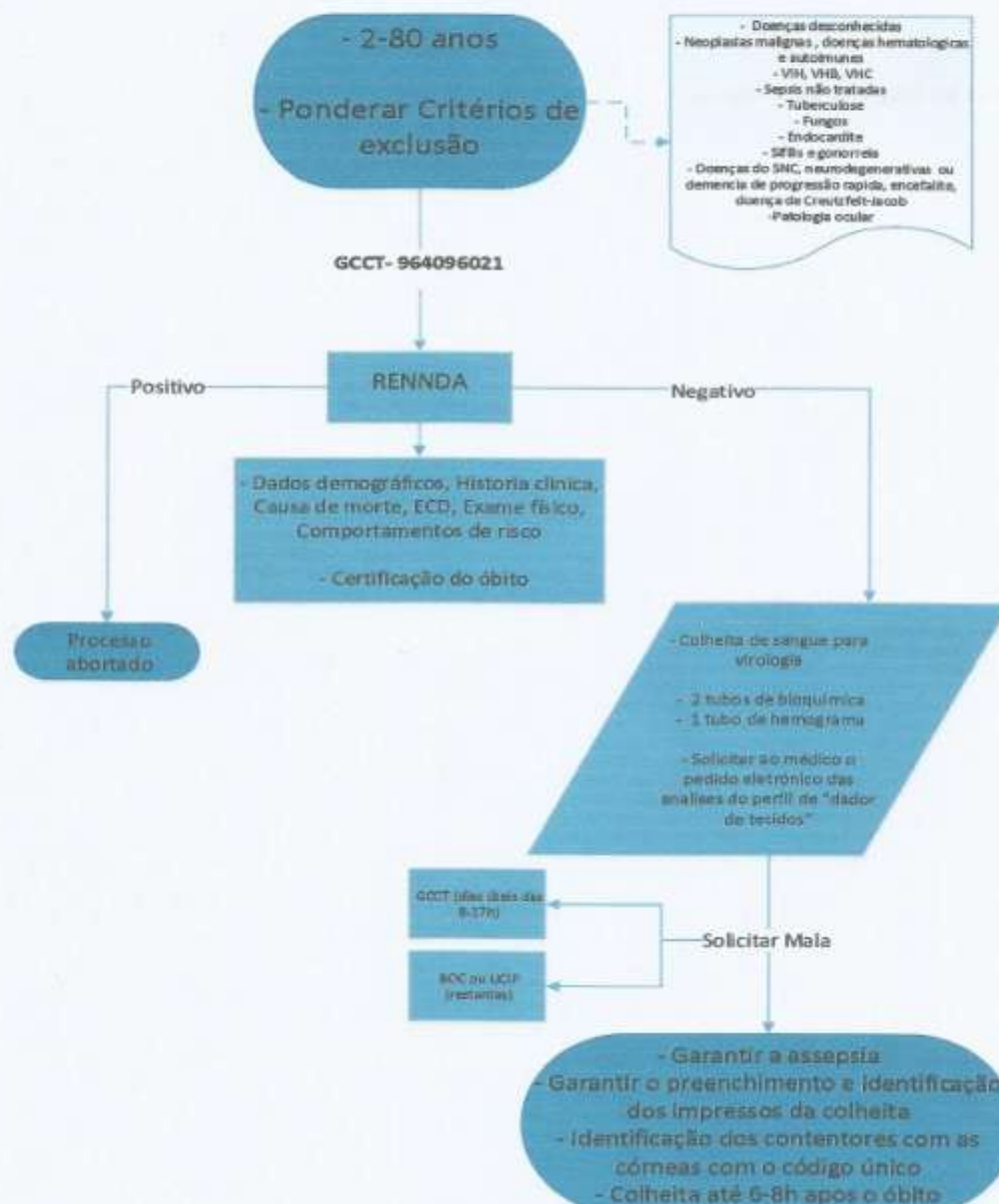


Anexo 1- Fluxograma do Potencial Dador no SUGP

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			15/16

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento setorial ÁREA DE URGÊNCIA GERAL E CUIDADOS INTENSIVOS- Urgência Geral	TRC 1415
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA	

Colheita de Córneas em Dador de Coração Parado na UGP

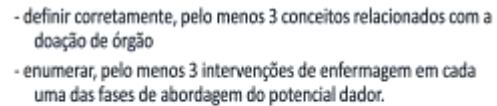
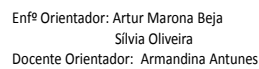


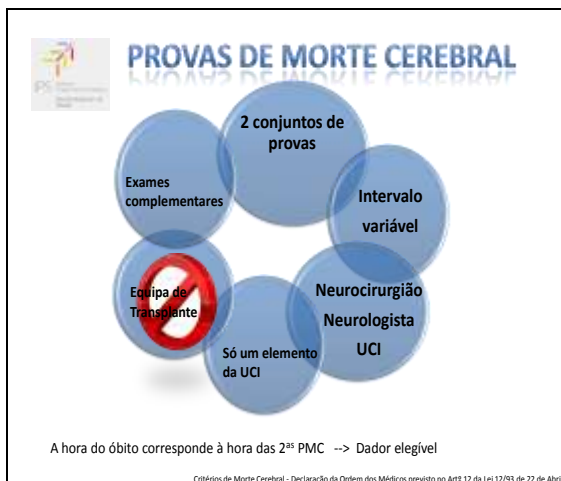
Anexo 2 - Cuidados de Enfermagem na Manutenção do Potencial Dador

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			16/16

Apêndice 6

Sessões Formativas





MATERIAL

	Soro fisiológico a 4°C
	Cateter venoso periférico G14
	Seringa de 50cc
	Ebonite/compressas esterilizadas
	Otoscópio
	Sonda nasal de O ₂
	Ponteiro com Luz
	Sonda de aspiração

McKeown, D. W., Bonser, R. S. & Kellum, J. A., 2012. Management of the heartbeat brain-dead organ donor. British Journal of Anaesthesia, 108, 106-107.

AUSÊNCIA DE REFLEXOS DO TRONCO CEREBRAL

Fotomotores

Corneanos

www.uninet.edu/cimc99/cursos/braindeath/index.html

Critérios de Morte Cerebral - Declaração da Ordem dos Médicos previsto no Artº 12 da Lei 12/93 de 22 de Abril

AUSÊNCIA DE REFLEXOS DO TRONCO CEREBRAL

Oculocefálico

Oculovestibular
cabeceira a 35°, avaliar a resposta durante 1min.
Intervalo de 4 min entre cada ouvido

www.uninet.edu/cimc99/cursos/braindeath/index.html

Critérios de Morte Cerebral - Declaração da Ordem dos Médicos previsto no Artº 12 da Lei 12/93 de 22 de Abril

AUSÊNCIA DE REFLEXOS DO TRONCO CEREBRAL

Laríngeo

Traqueal Profundo

www.uninet.edu/cimc99/cursos/braindeath/index.html

Critérios de Morte Cerebral - Declaração da Ordem dos Médicos previsto no Artº 12 da Lei 12/93 de 22 de Abril

PROVA DE APNEIA

www.uninet.edu/cimc99/cursos/braindeath/index.html

Colocação de sonda nasal de O₂ no TOT a 8l/min, sem introduzir na totalidade, durante 8 minutos. Antes de reconectar ao ventilador, fazer a 2ª gasimetria.

Interromper a prova em caso de hipoxémia.

Os valores de referência são PaO₂ > 60mmHg ou um diferencial superior a 20mmHg em relação à 1ª gasimetria.

Critérios de Morte Cerebral - Declaração da Ordem dos Médicos previsto no Artº 12 da Lei 12/93 de 22 de Abril

APÓS REALIZADAS AS PRIMEIRAS PMC, IMPORTA AVALIAR:

- ausência de critérios de exclusão absoluta

- AP

- causa de morte desconhecida;
- neoplasia maligna;
- infecções por: HIV, HTLV, VHB, VHC;
- Infecções sistêmicas não tratadas ou de etiologia desconhecida;
- tuberculose ativa;
- infecções fúngicas;
- raiva;
- história familiar de doença Creutzfeldt-Jacob ou encefalopatia espongiforme similar;
- tratamentos com derivados da hormona pituitária humana;
- recetores de dura mater, esclera ou córnea;
- vacinas vivas nas 4 semanas prévias à data da morte;

Gomes, R., Gonzalez, F., Batista, M. Norma de Orientação Clínica 2018 - Manutenção de um dador em Morte Cerebral. Hospital Garcia de Orta, EPE. Portaria 357/2008 de 9 de Maio. Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação

APÓS REALIZADAS AS PRIMEIRAS PMC, IMPORTA AVALIAR:

- múltiplos parceiros sexuais;
- toxicodependência endovenosa ou intranasal;
- prostituição;
- parceiros portadores de HIV, VHB, VHC e VLTH;
- residentes em instituições prisionais nos últimos 3 meses;
- transfusões de sangue nos últimos 12 meses;
- DST diagnosticadas ou tratadas nos últimos 12 meses;
- hemofilia ou outras doenças tratadas com hemoderivados humanos;
- história de viagens recentes para países com Malária, Raiva, West Nile Vírus
- doenças autoimunes.
- sífilis

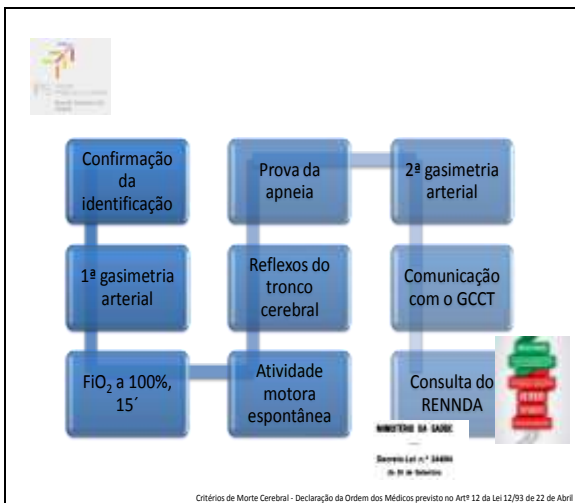
- comportamentos de risco/critérios de exclusão relativos

- informação recolhida junto da família

- exame físico

- referenciação ao GCCT

Portaria 357/2008 de 9 de Maio. Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação. Gomes, R., Gonzalez, F., Batista, M. Norma de Orientação Clínica 2018 - Manutenção de um dador em Morte Cerebral. Hospital Garcia de Orta, EPE



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

Colheita de sangue

- 6 tubos de hemograma
- 2 tubos de bioquímica
- 1 seringa de 20 ml heparinizada (aspirar 0,5 de heparina e desperdiçar)
- tipagem
- 3 tubos para o perfil do dador de órgãos e tecidos

Colocar num saco plástico
Num contentor próprio fornecido pelo GCCT

Todos os tubos deverão estar identificados individualmente com as vinhetas de identificação do PD

Gomes, R., Gonzalez, F., Batista, M. Norma de Orientação Clínica 2018 - Manutenção de um dador em Morte Cerebral. Hospital Garcia de Orta, EPE

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

Colheita de Gânglios femorais para compatibilidade/tipagem HLA

Colaborar com o cirurgião

Colocar num frasco com SF
Num contentor próprio fornecido pelo GCCT

Todos os tubos deverão estar identificados individualmente com as vinhetas de identificação do PD

Gomes, R., Gonzalez, F., Batista, M. Norma de Orientação Clínica 2018 - Manutenção de um dador em Morte Cerebral. Hospital Garcia de Orta, EPE

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

O enfermeiro → estabilização e manutenção da perfusão e oxigenação para melhorar a viabilidade dos órgãos para transplante.

Cuidados básicos:

- elevação da cabeça entre 30° e 40°;
- cateter arterial;
- CVC de 2 ou 3 lumens;
- avaliação de PVC;
- administração de drogas vasoativas em lumens exclusivos;
- balanço hídrico rigoroso;
- avaliação de temperatura central;
- não realizar técnicas invasivas desnecessárias;
- não realizar irrigação vesical ou peritoneal em PD.

Becher, S. et al., 2014. A Enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial dador. SANARE, Sobral, vol. 13, nº 1, 69-75.
Caple, C., Casali, K., 2014. Organ Donor (Non-living): Care of Nursing Practice & Skill. KD-9 (01-59)
Erlacher, R. G. N., 2014. Cartilha Técnica - Doação de Órgãos para Profissionais de Saúde. Central de Transplantes do Espírito Santo.
Liberato, S. M. D. et al., 2012. Nursing care of the potential donor of organs after brain death: integrative review. Rev enferm UFPE on line. Vol.6, nº 10, 2522-2526. DOI: 10.5205/relen.3111-24934-1-LE-0032012126. ISSN: 1981-8963

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

Monitorização

Contínua	Horária	Cada 4-6h
ECG		Glicemia
PA invasiva	Diurese	Na, Cl, K
Oximetria		Ureia
Temperatura		Creatinina
Capnografia		Gasimetria
		Hemograma
		Coagulação

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

PAS > 90 mmHg → Estabilidade Hemodinâmica → PAM > 60 mmHg

Vigiar situações de hipertensão > 30 minutos (TAS > 180 mmHg e TAD > 120 mmHg ou TAM > 95 mmHg)

Vigiar intolerância alimentar por via entérica (ex: quadro de instabilidade hemodinâmica grave)

Vigiar diabetes insipidus

Vigiar alterações eletrolíticas como a hipofosforémia, a hipocalcémia, a hipocaliémia e a hipomagnesémia e situações de arritmia.

Vigiar situações como hematúria, gengivorragias ou hemorragia nos locais de inserção dos dispositivos.

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

Objetivos

- Na > 135 e < 150 mmol/L
- DU 3-4 ml/Kg/h
- PaCO₂ 35-40 mmHg
- K > 3 e < 5 mmol/L
- Glicémia 140-180 mg/dl
- PaO₂ > 80 mmHg
- Hg > 8 g/L
- Temp > 35°C e < 38°C
- Suporte ventilatório

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

Pulmão

- Ventilação protetora mantendo todas as medidas de higiene brônquica e manuseio da via aérea com assepsia
- Aspiração de secreções somente se houver secreções;
- Alternância de decúbito a cada 2h
- Manter pressão do cuff do TOT entre 20 e 30 cm H₂O;

Córneas

- Oclusão
- Humedecidas com soro ou colírio indicado

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

Hipotermia

- Fluidos endovenosos aquecidos (> 43°)
- Manta térmica
- Água aquecida por SNG
- Aquecer o ar ambiente com focos de luz para o tórax e abdômen (temperatura ambiente > 23°C)

KEEP CALM AND FOCUS ON HYPOTHERMIA

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
Potencial dador aceite pelo GCCT

Estabilidade Hemodinâmica

- Cristaloides
- NA

Hiperglicémia > 180

- Perfusão de insulina se necessário
- Avaliação de glicémia horária

Diabetes insípida

- Desmopressina

Hipernatremia

- Glucose 5% em H₂O, NaCl a 0,45%
- Água pela SNG



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

Potencial dador aceite pelo GCCT



- Realizar registos que evidenciem a avaliação, o diagnóstico, as intervenções e os resultados dos cuidados prestados
- Cumprir as medidas básicas de controlo de infeção, utilizando EPI. Todas as manobras invasivas devem ser assépticas. No dador a infeção não provoca hipertermia.
- Ter em consideração que não constitui uma contra indicação absoluta para a colheita, nem para a interrupção da manutenção do dador, casos de culturas positivas ou com o diagnóstico de infeção.
 - Iniciar antibioterapia aquando da indicação médica. Informar o GCCT.
 - Em todos os PD colher sangue, urina e secreções brônquicas para estudo microbiológico.
 - Em situações de suspeita de infeção de um local específico, deve colher-se uma amostra do líquido em questão.



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

Transporte para o BOC ou UCI



Oxigenar o dador durante 30 minutos, com O₂ a 100%.

Deverão ser transmitidas, para além das escritas, todas as informações consideradas pertinentes, ao enfermeiro que recebe o PD, das quais devem constar as intervenções já desenvolvido com a família/pessoa significativa.

Becher, S. et al., 2014. A Enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial dador. *SABADE*, Sobral, vol. 12, nº 1, 69-75.
Capla, C., Gavalu, K., 2014. OrganDonor (Non-living): Care of Nursing Practice & Skills. *ICD-9*, 10-93.
Erischer, R. G. N., 2014. Cartilha Técnica - Doação de Órgãos para Profissionais de Saúde. Central de Transplantes do Espírito Santo.
Liberto, S. M. D. et al., 2012. Nursing care of the potential donor of organs after brain death: integrate review. *Rev enferm UFPE on line*, Vol 6, nº 10, 2523-2526. DOI: 10.5205/revem.3110.24994-1-LE.0610201226. ISSN: 1981-8993



Conclusão



CASO CLÍNICO

Doente de 55 anos, sexo masculino, afásico, desorientado, agitado, abre os olhos espontaneamente, não cumpre ordens mas localiza a dor, hemiparesia esquerda. Sem dificuldade respiratória. Hipertenso. AP fumador, HTA. A TAC revela lesão hemorrágica extensa com desvio da linha média e hemorragia intra ventricular. Apesar do diagnóstico não ser muito promissor, a equipa multidisciplinar, define estratégias de forma a levá-lo ao BO. Aguarda-se a anestesia para entubar e ventilar.

Em pouco tempo há um agravamento da situação clínica, inviabilizando qualquer cirurgia, pelo que da parte médica não iriam ser tomadas mais quaisquer medidas. Respiração ruidosa e reage em descerebração.



Que fazer?

Possível ou Potencial dador?
Possível dador

- Doente em score 3 com indicação para realizar PMC, quais os critérios que se devem reunir?



- Quais os reflexos avaliados nas PMC?
Reflexos do tronco cerebral (fotomotores, corneanos, oculocefálicos, oculo vestibulares, laringeo, traqueal profundo)
- Quais os cuidados na prova da apneia?
Colocação de sonda nasal de O₂ no TOT a 8l/min, sem introduzir na totalidade, durante 8 minutos. Antes de reconectar ao ventilador, fazer a 2ª gasimetria. Interromper a prova em caso de hipoxémia.
- Após as 1ª PMC o que avaliar?
Ausência de critérios de exclusão absolutos, AP, comportamentos de risco, informação fornecida por familiares, exame físico, referenciar ao GCCT



Os AP deste doente são critérios de exclusão?

Não

- Qual o objetivo da manutenção?
Perfusão e oxigenação de forma a manter a viabilidade dos órgãos e tecidos para transplante
- Realizar irrigação vesical ou peritoneal no PD?
Não
- Quais as intervenções de enfermagem no PD?
Monitorização, avaliar PVC, vigiar hipotermia, hipertensão por mais de 30', glicémia, hematuria, gengivorragias, hemorragia nos locais de inserção dos dispositivos, BH, alterações eletrolíticas, oclusão e humedificação das córneas com soro ou colírio, técnica assética nos procedimentos invasivos.
- Mesmo após as PMC, é necessário aguardar pela autorização da família.
Não



Cuidados de Enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em Morte cerebral e à família/pessoa significativa na UGP (parte 2)

4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estudante: Raquel Robalo

Enfº Orientador: Artur Marona Beja
Sílvia Oliveira
Docente Orientador: Armandina Antunes



OBJETIVO GERAL

Uniformizar as práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em Morte Cerebral e à família/pessoa significativa, na UGP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão os enfermeiros sejam capazes de:

- definir corretamente os conceitos apresentados.
- enumerar 3 intervenções de enfermagem em cada uma das fases de abordagem da família/pessoa significativa.



DEFINIÇÕES

Acolhimento

Família/pessoa significativa

Gomes, I., Melo, E., Pinto, H. (2005) Análise das modelagens de acolhimento. Mimeo.



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

Potencial dador aceite pelo GCCT



ABORDAGEM À FAMÍLIA/ PESSOA SIGNIFICATIVA



Deve ser abordada o mais precocemente possível

Pereira, M. A. G., 2008. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-972-8485-92-4
Pereira, S. M. (2010) Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN 978-972-54-0279-5.



PROTOCOLO DE 6 ETAPAS DE BUCKMAN

1- Preparar a entrevista

Objetivos:

- preparar a entrevista familiar;
- fomentar a confiança e a tranquilidade;
- estabelecer uma relação terapêutica.
- decidir/ discutir quem vai estar na entrevista - profissionais e familiares presentes

2- Averiguar a perceção das pessoas

Objetivos:

- perceber os sentimentos associados à situação;
- explorar os conhecimentos relativos à situação;
- clarificar informação incorreta.

Pereira, M. A. G., 2008. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-972-8485-92-4
Pereira, S. M. (2010) Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN 978-972-54-0279-5.



PROTOCOLO DE 6 ETAPAS DE BUCKMAN

3- Perceber o que as pessoas pretendem saber

Objetivos:

- acompanhar a família/pessoa significativa no processo de transição e mudança das necessidades.

4- Partilha de informação

Objetivo:

- preparar a família/pessoa significativa para a situação.
- assegurar uma comunicação eficaz;

Pereira, M. A. G., 2008. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-972-8485-92-4
Pereira, S. M. (2010) Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN 978-972-54-0279-5.



PROTOCOLO DE 6 ETAPAS DE BUCKMAN

5- Responder às emoções

Objetivos:

- identificar as reações emocionais da família/pessoa significativa e capacidade de recuperação;
- reconhecer as nossas próprias emoções.

6- Estratégias e resumos

Objetivo:

- definir plano de ação com a família/pessoa significativa.

Pereira, M. A. G., 2008. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-972-8485-92-4
Pereira, S. M. (2010) Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN 978-972-54-0279-5.



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

Transporte para a UCI



Deverão ser transmitidas, para além das escritas, todas as informações consideradas pertinentes, ao enfermeiro que recebe o PD, das quais devem constar as intervenções já desenvolvidas com a família/pessoa significativa.



CONCLUSÃO



CASO CLÍNICO

- A abordagem à família deve ser feita apenas após a confirmação da MC?
Não. O mais precocemente possível
- Quais as 6 etapas do protocolo de Buckman?
Preparar a entrevista, averiguar a perceção das pessoas, perceber o que as pessoas pretendem saber, partilha de informação, responder a emoções, estratégias e resumos.



Apêndice 7

Planos Das Sessões Formativas



Centro Hospitalar Lisboa Central EPE

Escola Superior de Saúde de Setúbal

Plano de Sessão

Tema: *Cuidados de Enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em Morte cerebral e à família/pessoa significativa na UGP (Parte 1)*

Autor: Raquel Robalo (Estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Datas: 19,20 e 21 de Janeiro de 2016, às 10 e 11 horas

Local: Sala de Enfermagem na UGP

Grupo Alvo: Enfermeiros da UGP

Objetivo Geral: Uniformizar as práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em Morte Cerebral e à família/pessoa significativa, na UGP.

Objetivos Específicos: Que no final da sessão os enfermeiros sejam capazes de:

- definir corretamente, pelo menos 3 conceitos relacionados com a doação de órgão
- enumerar, pelo menos 3 intervenções de enfermagem em cada uma das fases de abordagem do potencial dador.

	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	M.A.E.	
Introdução	Apresentação do tema e objetivos da sessão	2 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
Desenvolvimento	- Definir - Dador Dador em Morte Cerebral Dador em Coração Parado Possível e potencial dador em Morte Cerebral Dador Elegível Manutenção do potencial dador	5 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
	- Descrever as intervenções de enfermagem na identificação, avaliação e manutenção do potencial dador	15 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
Conclusão	Resumo / realce dos aspetos	3 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
Avaliação	Apresentação e discussão de um caso clínico	10 min	- Expositivo	- Pc	- Questões dirigidas de acordo com o

	Distribuição e recolha do questionário de avaliação da formação		- Interativo	- Projetor	caso clínico
--	---	--	--------------	------------	--------------



Centro Hospitalar Lisboa Central EPE
Escola Superior de Saúde de Setúbal

Plano de Sessão

Tema: *Cuidados de Enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em Morte cerebral e à família/pessoa significativa na UGP (Parte 2)*

Autor: Raquel Robalo (Estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Datas: 2, 3 e 4 de Fevereiro de 2016, às 10 e 11 horas

Local: Sala de Enfermagem na UGP

Grupo Alvo: Enfermeiros da UGP

Objetivo Geral: Uniformizar as práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em Morte Cerebral e à família/pessoa significativa, na UGP.

Objetivos Específicos: Que no final da sessão os enfermeiros sejam capazes de:

- definir corretamente os conceitos apresentados.
- enumerar 3 intervenções de enfermagem em cada uma das fases de abordagem da família/pessoa significativa.

	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	M.A.E.	
Introdução	- Apresentação do tema e objetivos da sessão	2 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
Desenvolvimento	- Definir Acolhimento Família/pessoa significativa	2 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
	- Descrever as intervenções de enfermagem na abordagem da família segundo o protocolo de Buckman	15 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
Conclusão	- Resumo / realce dos aspetos	2 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas
Avaliação	- Apresentação e discussão de um caso clínico - Distribuição e recolha do questionário de avaliação da formação	9 min	- Expositivo - Interativo	- Pc - Projetor	- Questões dirigidas de acordo com o caso clínico

Apêndice 8

Cartazes Informativos Das Sessões De Formação



SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: *Cuidados de Enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em morte cerebral e à família/pessoa significativa na UGP (Parte 1)*

Autor: Raquel Robalo

(Estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Datas: 19, 20 e 21 de Janeiro de 2016, às 10 e 11 horas

Local: Sala de Enfermagem na UGP

Grupo Alvo: Enfermeiros da UGP





SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: *Cuidados de Enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos em morte cerebral e à família/pessoa significativa na UGP (Parte 2)*

Formador: Raquel Robalo (Estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Datas: 2, 3 e 4 de Fevereiro de 2016, às 10 e 11 horas

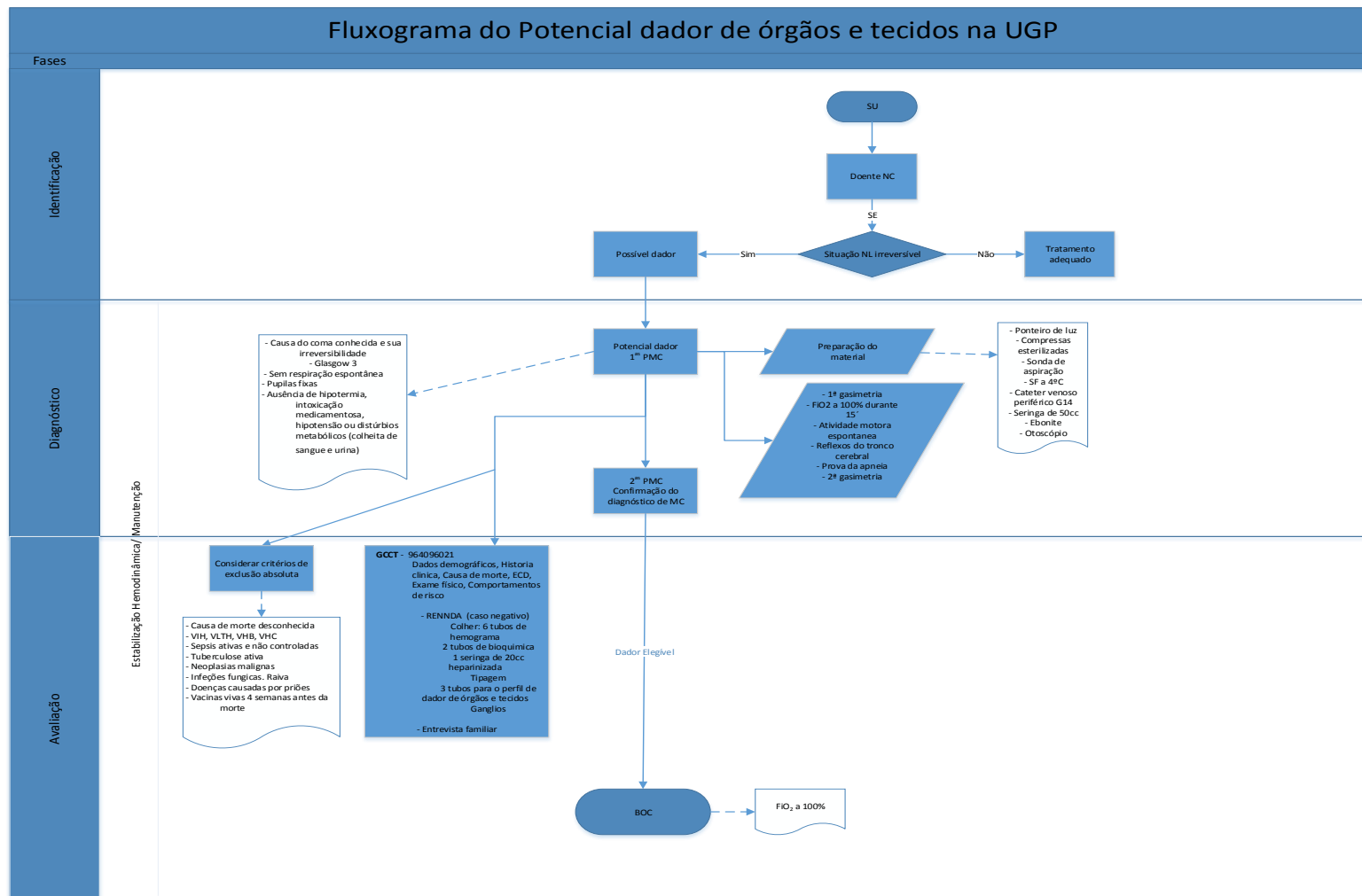
Local: Sala de Enfermagem na UGP

Grupo Alvo: Enfermeiros da UGP

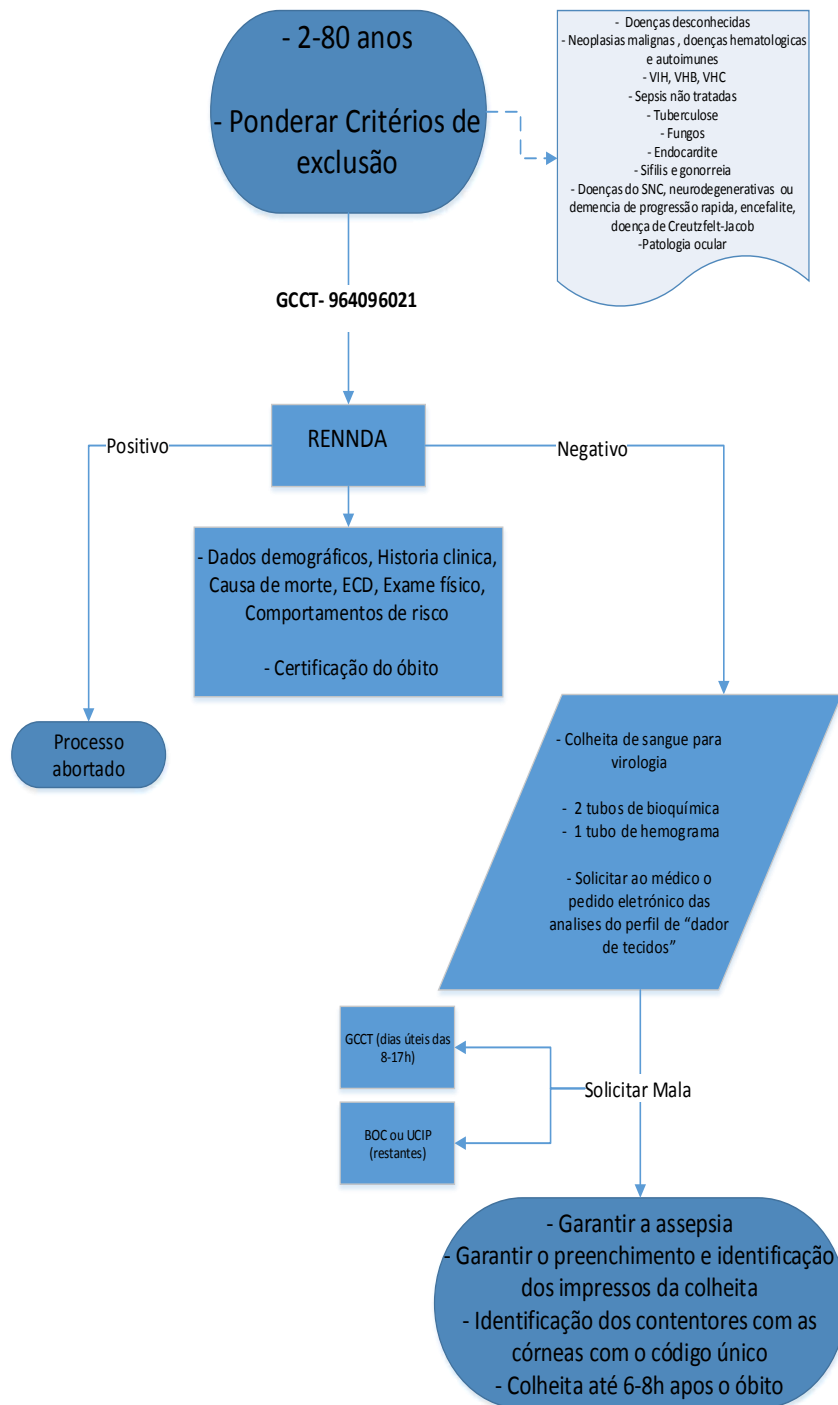


Apêndice 9

Pósteres



Colheita de Córneas em Dador de Coração Parado na UGP



Apêndice 10

Cronograma de planeamento/validação das atividades

MESES ATIVIDADES	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
- Revisão Bibliográfica	16				10		27					5
	16				10		27					5
- Diagnóstico de situação/objetivos	16	19										
- Planeamento		20			10							
		20			10							
- Frequência do Curso <i>O essencial na doação de órgãos</i>			8									

- Frequência do XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva em Lisboa			10 a 12									
			10 a 12									
- Frequência do Curso <i>Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência</i> em Coimbra				4								
				4								

- Frequência do III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Coimbra					5 e 6 (400€)
					5 e 6 (265€)
- Elaboração do relatório	16				10
	16				10
- Estágio Gabinete de Doação de órgãos e tecidos no Hospital Y					28
					28, 29 e 1 (17h)
Curso de <i>Reconhecimento e abordagem do PD de órgãos/tecidos</i> no HGO					--
					15
- Estágio no GCCT no Hospital Z					5 a 11 (16h) (400€)
					6 e 7 (15h) (200€)
- Estágio no GCCT do Hospital em Barcelona					12 a 18 (600€)

reformulado a peritos		1	15	
- 2ª Reformulação do procedimento setorial		7 a 20		
			3 a 31	
- Elaboração do plano da sessão formativa			1	
			10	
- Elaboração da sessão formativa			5 a 15	
			10	
- Sessão formativa			11 a 17	
			19, 20 e 21	2, 3 e 4
- Avaliação da sessão formativa			17	
				4
- Utilização de casos práticos caso surjam			11 a 31	
				1 a 5
- Elaboração e afixação de poster com			18 a 24	

Apêndice 11

Artigo científico

Cuidados de Enfermagem à pessoa em Morte Cerebral, potencial dadora de órgãos/tecidos

Nursing care to the person in Brain Death, potential donor organs/tissues

Raquel Robalo (Mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS/IPS); Armandina Antunes (ESS, IPS)

Resumo: A escassez de órgãos para transplante trata-se de uma problemática atual. O número de pessoas em lista de espera para transplante é elevado e o número de doadores revela-se insuficiente para as necessidades. O enfermeiro pela sua proximidade à pessoa e família na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada na identificação de potenciais doadores. Estes cuidados requerem conhecimentos e competências (técnicas, humanas, éticas e legais) para as quais o enfermeiro deve estar desperto. O presente artigo tem o propósito de dar a conhecer o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido na Urgência Geral Polivalente do Hospital X, no âmbito da pessoa em Morte Cerebral, incluindo a identificação/referenciação, diagnóstico, avaliação, manutenção do potencial dador de órgãos/tecidos e a abordagem da família, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS. Suportado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, o projeto baseou-se igualmente na Metodologia de Trabalho de Projeto, com o objetivo geral de capacitar para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global e norteada, através da reformulação de um procedimento setorial e formação à equipa.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Neurocrítica, Potencial dador de órgãos/tecidos, Metodologia Trabalho de Projeto, Morte cerebral, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Abstract: The shortage of organs for transplantation is an actual problem. The number of people on the waiting list is high and the number of donors proves is insufficient for the demand. Nurses due to the proximity to the person and family during care, occupy a privileged position at the identification of potential donors. Nurses should be aware that such care requires knowledge and skills (techniques, human, ethical and legal). This article intends to divulge the Attendance Intervention Project developed in a hospital's emergency department, under the scope of brain death situation, including identification/referral, diagnosis, assessment, maintenance in the approach to family/significant person, under the 4th Master's Course in Medical-Surgical Nursing on ESS/IPS. Supported on the Theory of Afaf Meleis transitions, the project was based also in the Project Work Methodology, with the overall aim of training for the importance of detecting and providing early care to the person in neurocritic situation, potential donor tissue / organ in urgent context of global and guided way through the redesign of a sectoral procedure.

Key words: Person in Neurocritic Situation, Potential Organ/Tissues Donor, Emergency Department, Work Project Methodology, Brain Death, Master's Course in Medical-Surgical Nursing.

INTRODUÇÃO

O presente artigo traduz um projeto de intervenção realizado numa Urgência Geral Polivalente de um Hospital de Lisboa. Surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal onde se pretendeu capacitar, para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação neurocrítica (NC), potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global. A problemática foi identificada aquando da prática profissional durante o estágio realizado na Urgência Geral Polivalente (UGP).

O presente artigo tem como objetivo (1) enquadrar o projeto, com filiação à Teoria da Transição de Afaf Meleis; (2) realizar uma revisão bibliográfica acerca da temática em estudo; (3) apresentar e justificar a metodologia de trabalho utilizada; (4) refletir acerca dos resultados obtidos e (5) refletir sobre a adequação do projeto à data atual.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A UGP onde se desenvolveu o projeto de intervenção, permite um nível diferenciado de resposta às situações de Urgência/Emergência e possui outras valências para além das existentes no Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica conforme o enunciado no Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto. Dentro do âmbito da UGP, a Sala de Emergência (SE) é um dos setores que mais fascínio e insegurança cria nos profissionais que ali trabalham. Os enfermeiros que

exercem funções neste setor devem possuir um conjunto específico de saberes, de forma a alcançar a excelência dos cuidados. A atuação assenta em procedimentos que visam a deteção e tratamento de lesões que provoquem instabilidade hemodinâmica, colocando a vida em perigo. Ali são admitidas pessoas quer em situação de doença aguda quer crítica agudizada, mas com o denominador comum de se encontrarem em situação crítica e por isso numa situação de transição em relação ao seu processo de doença.

O ambiente é complexo, sobretudo em resultado da natureza imprevisível da maioria das situações clínicas. Importa estabelecer prioridades nos cuidados a prestar de acordo com as necessidades em saúde da população. Implicam elevados níveis de stress, ritmo acelerado e o impasse entre a vida e a morte. A rapidez e o saber agir são as chaves para a excelência nos cuidados de saúde neste setor. O tratamento da pessoa em situação crítica na SE requer conhecimentos interdisciplinares, competências na área da reanimação, comunicação, identificação de prioridades e tomada de decisão clínica e ética. Para lidar com a complexidade das situações de emergência, assim como com as situações difíceis com que se deparam os enfermeiros na prática, são exigidas competências específicas, o que configura com a definição de enfermeiro especialista enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro).

Na UGP existem 4 SE, 2 de Emergência Médica e 2 de Emergência cirúrgica (*Trauma Room*). Cada uma destas salas é constituída por uma unidade para a receção de pessoas em situação crítica,

dispondo de equipamentos sofisticados de monitorização invasiva e não invasiva, ventiladores multimodais, desfibriladores, terapêutica e materiais afins. Duas das SE apresentam características que as permitem funcionar como salas de Bloco Operatório e as *Trauma Room* estão ainda equipadas com aparelhos de imagiologia.

Apesar das pessoas que aí chegam em situação NC, poderem recuperar, a hipótese da irreversibilidade do quadro dadas as alterações fisiopatológicas, é uma possibilidade. Neste sentido a Morte Cerebral (MC) pode estar fortemente presente, antevendo-se potencialidade para a doação.

Assim, a Teoria da Transição de Meleis é a que melhor se relaciona com a temática da pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e da sua família/pessoa significativa. A palavra Transição deriva do latim *Transitióne*, que significa o ato ou o efeito de passar de um estado, assunto ou lugar para outro. Não se trata apenas de uma mudança, implica um processo psicológico que envolve a adaptação à mudança face aos eventos perturbadores, ou seja a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e autodeterminação das pessoas para incorporarem a mudança na sua vida, como o caso da pessoa saudável que subitamente adoece dada a situação NC, mas também a sua família que vivencia tal situação.

Para Meleis (2011) a pessoa deve ser vista como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar a essas mudanças, mas que devido a uma situação de doença ou de maior vulnerabilidade, entra em desequilíbrio.

A pessoa em situação NC, encontra-se num estado de mudança muitas vezes súbito, de saúde para um estado de doença, pode evoluir para a recuperação total ou parcial, com a necessária adaptação ou para uma eventual situação, a mais relevante no projeto, que dada a gravidade e instabilidade, poderá conduzir à doação, em caso de MC se as alterações fisiopatológicas forem irreversíveis. Nas situações em que a reversão da patologia se verifica, o enfermeiro terá como função ajudar aquela pessoa na consciencialização da situação, de forma a proceder à transição e a reequilibrar-se independentemente de haver ou não sequelas. No caso em que a pessoa vem a constituir um potencial dador, a ajuda do enfermeiro na transição e na reorganização com vista à recuperação do bem-estar, faz-se de uma forma indireta, à pessoa em lista de espera por um transplante, a fim de poder melhorar a qualidade de vida, através dos cuidados que são prestados ao dador.

Por outro lado, enquanto estrutura dinâmica que é, a família vai-se adaptando à medida que vão sendo dadas as informações relativas ao prognóstico, à confirmação ou não do diagnóstico de MC e da potencialidade da doação. A família fá-lo com o apoio do enfermeiro que deve saber identificar as necessidades desta e facilitar o processo de adaptação, mobilizando recursos e identificando estratégias. A par do conhecimento surge o ajustamento que segundo Meleis *et al.* (2000), é a propriedade que demonstra o grau de envolvimento das pessoas no processo inerente à transição. A autora considera que o nível de ajustamento depende do nível de consciência da pessoa, o conhecimento da sua transição. Os

enfermeiros preparam a pessoa para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências de saúde/doença. Assim, se a família ou pessoa significativa tiverem consciência da situação e do significado efetivo do que é a MC, tal traduzir-se-á numa situação facilitadora para a aceitação e no processo de transição. Parte-se do princípio que quanto maior é a consciencialização, maior é o envolvimento e o investimento do indivíduo na transição (Meleis, 2011). Deste modo, o significado atribuído pela família ou pessoa significativa à morte, pode influenciar positiva ou negativamente o processo de transição, pelo que o enfermeiro deve considerar o tipo de informação a que as pessoas querem aceder, quais os fatores que possuem maior importância, os conhecimentos e as suas experiências anteriores. Meleis *et al.* (2000), consideram que a preparação anterior facilita o processo de transição, além de que o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão de transição também são facilitadores. O enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação, sendo encarado como um recurso comunitário para facilitar o processo de transição. Por isso, preconiza-se que na situação específica em estudo, a abordagem destes deve ser feita o mais precocemente possível no sentido de identificar necessidades, expectativas e experiências anteriores, medos, perceções erradas e recursos a fim de desenhar as melhores estratégias para a vivência da transição.

A doação

Existem diferentes tipos de dadores: vivo e morto. Este último, em MC cujo diagnóstico é baseado em critérios neurológicos ou com coração parado cujo diagnóstico é baseado em critérios cardiopulmonares (OMS, 2009).

Segundo a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no Artigo 12º da Lei nº 12/ 93 de 22 de Abril, o dador em morte cerebral, é entendido como *todo o indivíduo conectado ao ventilador com funções vitais mantidas artificialmente com perda total ou irreversível do tronco cerebral, a quem foram realizadas provas de verificação e certificação de morte cerebral*. Continuar a cuidar e a investir numa pessoa em MC é ocupação desnecessária de meios e recursos que são caros e escassos e que se prolongam para além do desgaste emocional dos profissionais e familiares e a possibilidade de se obterem órgãos em condições adequadas diminui.

Por **potencial dador morto**, entende-se *a pessoa morta sem qualquer indicação médica, com o diagnóstico de morte cerebral ou morte cardíaca iniciada ou completa* (OMS, 2009, p. 12).

Em 2015 realizaram-se em Portugal 830 transplantes, uma subida de 11,1%, relativamente a 2014, graças ao aumento de 9% do número de dadores. 381 dadores em 2015 (318 falecidos e 63 vivos), que corresponde a 36,7 dadores por milhão de habitantes. Em 2015 foram colhidos 894 órgãos. Considerando a alteração do perfil do dador a que vimos assistindo nos últimos anos, com o aumento da idade média dos dadores falecidos (51,4 em 2014 para 54,2 em 2015) e do número de dadores falecidos de causa médica, o aumento do número de órgãos colhidos não é proporcional ao

aumento do número de dadores falecidos (<http://ipst.pt>).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada baseou-se na Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP), intimamente relacionada com o *“princípio da prática reflexiva, que de forma sistemática, visa a identificação de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação”* (Ruivo *et al.*, 2010).

Diagnóstico de situação

Os instrumentos utilizados para o diagnóstico da situação foram a entrevista não estruturada a 12 enfermeiros peritos na área, com o Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e a exercer funções neste serviço. Como critérios de exclusão, os enfermeiros que nunca prestaram cuidados nas SE e a pessoas identificadas como potenciais dadoras de órgãos/tecidos. Foram feitas questões relativas aos conhecimentos e à prática dos restantes enfermeiros a estas pessoas, de acordo com a sua perceção, mas também relativo aos aspetos considerados mais e menos positivos e que deveriam ser melhorados através de propostas concretas. Foi também realizada uma análise de SWOT, escolhida pela sua simplicidade e adaptação a diversos cenários, no sentido de permitir levantar dados importantes, relativos ao problema identificado,

Contextualização da problemática

À semelhança da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a SE é o local adequado para assumir a responsabilidade integral dos cuidados a estas pessoas, com

disfunção orgânica, permitindo uma monitorização e/ou terapêutica intensiva, pelo que, esta surge como uma segunda linha de cuidados (Fernandes & Gomes, 2013). Permite a prestação de cuidados globais e especializados, com recursos humanos e meios diferenciados de forma a responder às necessidades das pessoas Freire *et al.* (2014). A deteção é classicamente feita em UCIs mas os SU são cada vez mais considerados uma fonte de potenciais dadores, como refere Aguiar *et al.* (2010) o que vem corroborar a pertinência deste estudo e a necessidade da capacitação dos enfermeiros que prestam cuidados nas SE. Importa assim, que toda a equipa de enfermagem que ali desempenha funções esteja apta a integrar a equipa multidisciplinar. Neste sentido e perante a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) que recomenda a normalização dos procedimentos nestas salas, de modo a promover a eficiência e a eficácia dos procedimentos realizados às pessoas em situação crítica, considerou-se fundamental a reformulação do procedimento setorial sobre esta temática. Uma clarificação do papel do enfermeiro e uma normalização dos procedimentos em situação de emergência, poderá contribuir para facilitar a articulação em equipa e para promover uma maior aceitação dos insucessos terapêuticos e o lidar com o erro, o que vem ao encontro dos nossos objetivos (OMS, 2009).

Ainda noutra perspetiva, mais que os custos inerentes ao transplante, importa despertar para a emergência da sua realização dada a desproporção entre órgãos necessários e disponíveis e o quanto os enfermeiros são corresponsáveis pelo sucesso e o insucesso deste, pois está

diretamente relacionado com a identificação precoce do potencial dador e com os cuidados que são prestados durante a manutenção deste. *O transplante mais caro é aquele em que se perde o órgão!* (Macário, 2014, p. 3).

Para além disso, o tema apresenta-se com um cariz social dado que todos somos potenciais dadores se não estivermos inscritos no RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores), de acordo com o consentimento presumido e conforme presente na Lei 12/1993, art.º 11º, mas também como potenciais recetores. Por outro lado, está implícito o cariz de cidadania dado que o transplante é o único tratamento que requer a participação da sociedade para ser plenamente desenvolvido, dado que só existe transplante se houver doação. Consideramos que o tempo de espera por um transplante, é um problema de saúde pública, que condiciona a vida pessoal, familiar, profissional, social e económica daqueles que aguardam por um transplante. Sendo o enfermeiro um elemento integrante da equipa multidisciplinar, consideramos fundamental que este esteja apto a atuar, utilizando todas as suas competências, saberes teórico-práticos, mas também a sua vertente humana e de relação com o outro que se encontra num momento de sofrimento e de crise.

Por outro lado constata-se uma reduzida experiência em cuidados intensivos e de enfermeiros recém chegados mas também um número reduzido destas pessoas, recebidas nas SE com estas necessidades. Desta forma, o sucesso na identificação e na manutenção pode ser posto em causa trazendo possíveis implicações para o transplante, dada a

pouca experiência na abordagem, para além de um deficitário apoio à família.

Objetivos

Objetivo geral:

- Capacitar para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global e norteada.

Objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE.
- Atualizar o procedimento setorial Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
- Divulgar o conteúdo do procedimento setorial atualizado na UGP de forma a contribuir para as boas práticas.

Estratégias e atividades desenvolvidas

Relativamente ao objetivo específico, **desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE**, realizámos uma revisão bibliográfica em que foi possível aprofundar conceitos, práticas, questões éticas e legais associadas ao tema. Assistimos ao XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, em Lisboa, onde assistimos à forma como é feita a colheita de órgãos em Espanha em coração parado. Estivemos presente no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Coimbra onde assistimos à

apresentação dos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT) do Porto e Lisboa, por parte dos seus Coordenadores de colheita e transplantação.

Partindo de todo o conhecimento prático já adquirido ao longo da nossa carreira profissional e procurando experiências que nos tornassem enfermeiros peritos nesta área, escolhemos locais muito específicos para a realização dos nossos estágios. Assistimos à VIII Reunião da colheita de órgãos e transplantação renal no Hospital Garcia DOrta, fundamental para a consolidação e perceção dos dados atuais.

Realizámos estágio de observação num GCCT de Lisboa e Porto e num gabinete de doação de órgãos e tecidos, alocado a um GCCT de Lisboa. A sua escolha prendeu-se com o facto do Coordenador de colheita e transplantação ser enfermeira. Ao longo dos estágios, foi possível conhecer toda a dinâmica deste, as infraestruturas, os protocolos assinados com outras instituições e acompanhar a equipa de colheita de órgãos e tecidos em 2 cirurgias. Tivemos oportunidade de colaborar com os enfermeiros e apreender toda a dinâmica de preparação da sala, receção do dador, colheita de órgãos, acondicionamento, armazenamento, colheita de tecidos e preparação do corpo para entrega à família.

Também realizámos estágio de 14 horas na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN) do Hospital X, onde tivemos oportunidade de observar e prestar cuidados a um potencial dador de órgãos a aguardar provas de MC, bem como adquirir alguns conhecimentos sobre a avaliação neurológica deste e assistimos a 2 Provas de Morte Cerebral (PMC).

Após um grande esforço, conseguimos um estágio de observação num Hospital de referência em Barcelona no sentido de conhecer a realidade num país considerado a nível mundial como dos melhores nesta área onde assistimos ao trabalho desenvolvido num dos GCCT com maior atividade. Ficámos a conhecer o protocolo de dador em coração parado Tipo II (assistolia não controlada) e Tipo III (assistolia controlada). O tipo II por se relacionar de forma muito estreita com o serviço de emergência pré-hospitalar, levou-nos a considerar também pertinente a realização de um estágio. Tivemos oportunidade de acompanhar por diversas vezes o Coordenador Hospitalar da doação e da equipa da colheita de órgãos e tecidos em diversas colheitas dentro e fora do hospital. Assistimos a uma extração rápida com bomba de perfusão renal e com circulação extra corporal. Os resultados tornam-se ainda mais relevantes pela legislação em vigor, pelo que procurámos compreender de que forma conseguiam obter tão elevadas taxas de doação e transplantação.

Com vista ao objetivo específico, **atualizar o procedimento setorial “Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente” para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados**, realizámos uma revisão da literatura, pesquisando *guidelines* atuais, protocolos de atuação já implementados e artigos científicos, pesquisando sobre a fundamentação teórica da temática escolhida e que permitiu também justificar a problemática e servir de ponto de partida para a execução do projeto. Foi efetuada

através de pesquisa informática de artigos na base *B-On* e *EBSCO*, bem como de livros sobre o tema em estudo e realizada a colheita de dados epidemiológicos.

Tivemos por base as entrevistas feitas aos especialistas, aquando do diagnóstico de situação, relativamente a esta temática. Aquando do diagnóstico, foram explicados a todos os entrevistados, o projeto que se encontrava em estudo, sendo que todos consentiram e participaram livremente no mesmo. Foi realizado um pedido de autorização à Enfermeira Chefe de Serviço, onde foram explicados os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia de projeto.

Assim, no que respeita ao envolvimento dos líderes e peritos na área do cuidado à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos e tecidos, na fase de diagnóstico, envolveu-se a enfermeira chefe e os enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no sentido de identificar a pertinência da temática. O envolvimento da equipa de enfermagem ocorreu ao longo de todo o estágio na UGP e constituiu um meio fundamental para ultrapassar uma eventual resistência à mudança, através da sensibilização para a temática da identificação e dos cuidados ao potencial dador. Havendo uma participação no processo, será mais fácil a motivação para as novas práticas e uma maior satisfação pelo sucesso que se pretende alcançar.

Procedemos à reformulação do procedimento setorial com base nas referências bibliográficas encontradas, adaptada à atualidade e às diretrizes mais recentes, no que respeita à atuação/responsabilidade do enfermeiro que cuida de pessoas em situação NC,

potenciais dadores de órgãos/tecidos, nas SE na UGP. A reformulação conduziu a alterações do procedimento setorial no que respeita a definições e cuidado ao potencial dador e à família e introduziram-se ainda, os cuidados de enfermagem aquando da realização das PMC e 2 fluxogramas explicativos.

Para avaliar a validade do procedimento setorial reformulado recorreu-se à ajuda de peritos, para que estes opinassem sobre quanto um aspeto era mais pertinente ou relevante que outro, uma vez que para Galdeano & Rossi (2006) enfermeiro *expert* (perito) é aquele que possui grande conhecimento e habilidade baseada em estudos e na experiência clínica. Por peritos, para além da En^{ra} Chefe de Serviço e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram considerados relevantes os enfermeiros Coordenadores do GCCT do Hospital X e um Neurocirurgião, permitindo desta forma uma real adequação do trabalho produzido aos dados da evidência, conferindo a necessária componente científica. No total foram selecionados 30 peritos.

Tendo por base as considerações feitas por estes, procedeu-se à segunda reformulação do procedimento setorial, tendo em seguida sido submetido à validação final pela Enfermeira Chefe.

No sentido do objetivo específico, **divulgar o conteúdo do procedimento setorial atualizado na UGP de forma a contribuir para as boas práticas**, realizámos sessões formativas, sendo que nos conteúdos optámos por expor os conceitos essenciais, as normas legais e as recomendações para os cuidados de enfermagem na identificação, referenciação

ao GCCT, PMC, manutenção até à sua saída da UGP para o Bloco Operatório (BO) ou UCI e abordagem da família/pessoa significativa. As sessões foram de carácter expositivo e interativo, distintas e únicas, devido à partilha pessoal das experiências vividas e questões colocadas, permitindo a todos uma aprendizagem em equipa. Dado que os enfermeiros trabalham em equipa, considerámos pertinente estender a apresentação à equipa médica, no sentido de os sensibilizar para a importância da temática. Participaram 3 médicos da equipa fixa, sendo que 2 são também chefes de equipa, que considerámos terem um papel fundamental na envolvência da restante equipa médica. Nas sessões formativas foram abrangidos 60% de enfermeiros presentes.

Após o processo de formação da equipa, foi solicitado à Enfermeira Chefe, autorização para anexar os conteúdos expostos ao dossier já existente no serviço relativamente a esta temática. A título de síntese foram elaborados 2 posteres, para afixar em locais estratégicos.

As estratégias escolhidas para as diversas fases de implementação da intervenção, pretenderam afirmar-se como resposta às dificuldades previstas, no sentido de permitir a efetiva concretização dos objetivos definidos.

AVALIAÇÃO

Consideramos que as sessões de formação e a elaboração dos pósteres, foram veículos facilitadores da interiorização da informação e da sensibilização, de forma a promover a reflexão em conjunto, na equipa sobre o

papel do enfermeiro nos cuidados ao potencial dador. Pensamos que em simultâneo facilitou a reflexão sobre as medidas corretivas possíveis de aplicar. Pretendemos motivar e envolver todos os participantes no processo, do qual fazem parte, como peças essenciais e para o qual têm a responsabilidade de contribuir ativamente.

Como estratégia de avaliação após a formação, procedeu-se à apresentação de um caso clínico, que foi analisado pelo grupo. Num segundo momento abriu-se espaço para sugestões, onde puderam ser registadas críticas, e sugeridas alterações. Constatou-se, nos dias seguintes, um interesse pelo tema após a formação, com a colocação de questões e pela verbalização de práticas alteradas por parte da amostra. Recorreu-se periodicamente ao levantamento de questões junto da amostra aquando de casos pertinentes, no sentido de validar a informação assimilada. Consideramos que a formação foi uma estratégia bem conseguida a nível da aquisição de novas competências, na mudança de comportamentos e para a própria organização. Tendo por base o grupo de trabalho destinado à temática dos cuidados de enfermagem ao potencial dador e à abordagem da família/pessoa significativa, do qual fazemos parte, ficou definido a realização de avaliações periódicas, no sentido de trabalhar as questões relacionadas com o potencial dador.

A sessão foi muito bem aceite pela equipa de enfermagem, pois representa um instrumento de trabalho de fácil consulta e onde estão expressos todos os passos a seguir e todo o material necessário. Na globalidade foi considerada uma temática

fundamental e com benefícios para a prática. A registrar o interesse e a expectativa antecipada, por parte de alguns enfermeiros. Dada a manifesta relevância da sessão, por aqueles que não tiveram oportunidade de assistir à 1ª ou à 2ª parte, foram enviados via *email*, os conteúdos e discutidas algumas questões individualmente. Ficou em aberto a hipótese de estender as sessões formativas aos restantes profissionais da instituição e de realizar mais 1 ou 2 sessões na UGP, no sentido de abranger os 40% de enfermeiros que não estiveram presentes nas sessões formativas.

CONCLUSÃO

Através deste projeto conseguimos realçar a importância da capacitação e da qualificação do enfermeiro que atua nesta área, com conhecimentos técnicos (teórico práticos), legais, logísticos, éticos e assistenciais na manutenção do dador e de suporte e acolhimento da família. Como peça fundamental na equipa multidisciplinar, demonstrámos como atitudes positivas e negativas, influenciam de forma clara todo o processo, adiando ou contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de quem vive em lista de espera por um transplante e com um futuro ameaçado com dúvidas e medos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, M. I. F. [et al.] (2010) Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (3), p. 353-60. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>

Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto. *Diário da República nº 193- II Série*. Ministério da Saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/4285>

Fernandes, A. P. & Gomes, A. (2013) Detecção precoce de possíveis dadores em MC através de imagiologia. 2^{as} Jornadas Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Acedido em Março 17, 2015, em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1156>

Freire, I. L. S. [et al.] (Outubro de 2014) Compreensão da equipa de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. *Enfermería Global*, (36), p. 194-207. Acedido em Março 28, 2015, em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_administracion1.pdf

Galdeano, L. E. & Rossi, L. A. (2006) Validação de conteúdo diagnóstica: critérios para seleção de Expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 5 (1), p. 60-66. Acedido em Março 25, 2015, em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112>.

Lei nº 12/93 de 22 de Abril. *Diário da República nº 94/93- I-A Série*. Assembleia da República. Acedido em Maio 1, 2015, em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/4/4a/Lei12-93.pdf>.

Macário, F. (Maio de 2014). SPT no teatro da transplantação- umas vezes

chamada ao palco, outras esquecida nos bastidores. *Transmissão Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação*, (2), p.3. Acedido em Março 25, 2015, em http://www.spt.pt/download/Transmissao_2_SPUB-20140514-201947.pdf.

- Meleis, A. I. [et al] (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Setembro, 23 (1), p 12-28. Acedido em Março 20, 2015 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a7a3d7b5-7ca8-4d63-b53a-42c102417433%40sessionmgr4004&hid=4106>

Meleis, A. I. (2011) *Theoretical Nursing: Development and progress*. (5ª edição) Lippincott Williams & Wilkins, Londres.

OMS (Novembro de 2009) Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation. World Health Organization. Genebra. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35-II-Série*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Maio 10 de 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

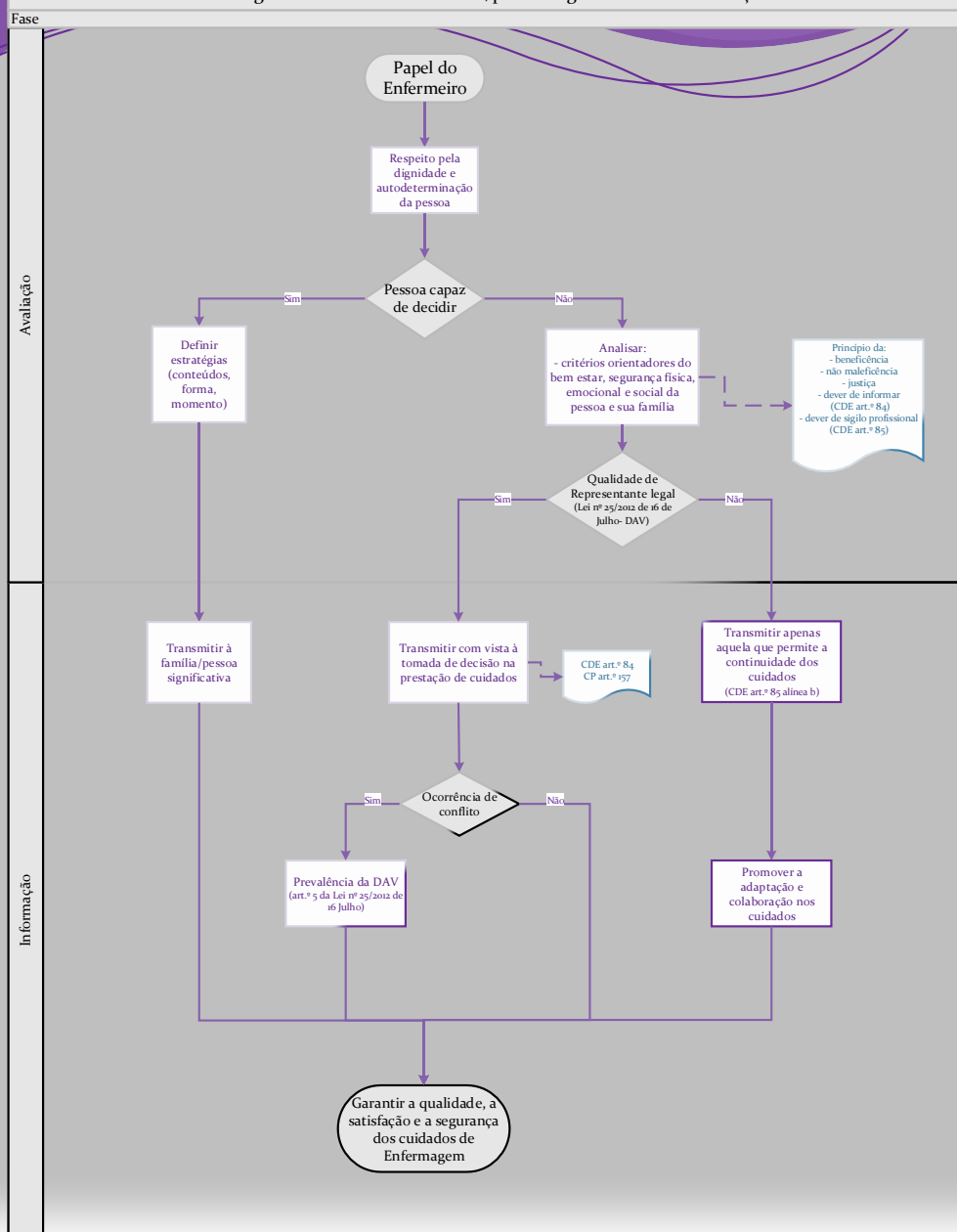
Ruivo, M. A. [et al.] (2010) Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, (15), p.1-37.

<http://ipst.pt/>

Apêndice 12

Fluxograma do direito da família/pessoa significativa à informação

Fluxograma do direito da família/pessoa significativa à informação



Apêndice 13

Instrução De Trabalho Sobre a Técnica De Lavagem Vesical

	ÁREA URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	TÉCNICA DE LAVAGEM VESICAL
	IT. (CIRA 120). ?

1 DOCUMENTO DE REFÊRENCIA E OBJETIVO

Objetivo – Prevenir as infecções relacionadas com cateter urinário no adulto.


Referência – Operacionalizar o procedimento de execução da técnica de lavagem vesical em adulto com cateter urinário, conforme o *Procedimento Multissetorial CIRA.120*.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a enfermeiros e médicos da Urgência Geral Polivalente do.

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Técnica de lavagem vesical	
Material necessário	Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Solução antisséptica de base alcoólica (SABA) • Luvas esterilizadas • Álcool a 70° • Solução de irrigação estéril • Compressas esterilizadas 10+10 cm • Taça esterilizada • Ebonite esterilizada • Seringa de irrigação de 50cc • 2 Campos sem orifício esterilizados • Saco coletor esterilizado • Seringa de 10cc 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o material na mesa de apoio. • Desinfetar as mãos com SABA antes de colocar as luvas esterilizadas. • Colocar campo sem orifício esterilizado. • Friccionar a conexão algália/saco de drenagem com compressas embebidas em álcool a 70° e deixar secar. • Desconectar a algália do saco coletor. • Proceder à lavagem manual, utilizando uma seringa de 50cc de uso único e solução de irrigação estéril. • Verificar a saída de líquido de retorno e as suas características. • Ponderar a desinsuflação do balão da algália durante a lavagem. • Colocar saco coletor esterilizado novo, mantendo a técnica assética, evitando tocar na junção algália/saco. • Friccionar a conexão algália/saco coletor com compressas embebidas em álcool a 70° • Retirar as luvas. • Posicionar o saco coletor abaixo do nível da bexiga, num suporte que previna o contacto com o pavimento. • Lavagem higiénica das mãos. • Providenciar a arrumação do material.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
			

	ÁREA URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	TÉCNICA DE LAVAGEM VESICAL
	IT. (CIRA 120). ?

Atenção
Em caso de obstrução total da algalia por coágulos ou sedimento abundante, realgalhar.
A interrupção do sistema fechado algalia/saco coletor só deve ocorrer em situação de danificação do saco ou obstrução por coágulos/sedimento.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	__/__/__			

Apêndice 14

Instrução De Trabalho Sobre a Técnica De Cateterismo Vesical Intermitente

	ÁREA URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	TÉCNICA DE CATETERIZAÇÃO VESICAL INTERMITENTE
	IT. (CIRA 120). ?

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO


Objetivo – prevenir as infecções relacionadas com a cateterização vesical intermitente em adulto.

Referencia – Operacionalizar o procedimento de execução da técnica de cateterização vesical intermitente em adulto, conforme o *Procedimento Multissetorial CIRA.120*.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a enfermeiros da Urgência Geral Polivalente

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Decisão de cateterismo/ Seleção do cateter
<ul style="list-style-type: none"> • Fluxograma de Decisão de Algaliação PM- CIRA.120 • Destina-se ao esvaziamento intermitente por retenção urinária, para colheita de urina assética e não assética • Instruções do fabricante <ul style="list-style-type: none"> ♀ 23cm de comprimento ♂ 38cm de comprimento


Primeira fase da técnica de cateterização vesical intermitente	
Material necessário	Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Luvas limpas • Bacia com água e sabão líquida usado para higiene corporal e manípulos • Kit de algaliação 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar o doente do procedimento • Preparar o material na mesa de apoio • Lavagem higiénica das mãos • Calçar as luvas limpas • Higienizar a zona genital do doente com água e sabão

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
			

	ÁREA URGENCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	TÉCNICA DE CATETERIZAÇÃO VESICAL INTERMITENTE
	IT. (CIRA 120). ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar o excesso de sabão com soro fisiológico e secar • Passar com compressas embebidas em soro fisiológico no meato urinário • Retirar as luvas • Lavagem higiênica das mãos
--	--

Segunda fase da técnica de cateterização vesical intermitente	
Material necessário	Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Solução antissética de base alcoólica (SABA) • Álcool a 70º • Kit de algáliação • Seringa de irrigação de 50cc • 1 copo esterilizado e outro não esterilizado • 1 Cateter ♀ ou ♂ 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o material na mesa de apoio • Desinfetar as mãos com SABA antes de colocar as luvas esterilizadas • Colocar campo com orifício esterilizado • Instilar o gel lubrificante estéril individualizado na uretra 6 ml ♀/ 11 ml ♂ e aguardar tempo de atuação • Adaptar saco coletor ao cateter em caso de esvaziamento ou colheita de urina não assética • Em caso de urina assética adaptar uma seringa de irrigação de 50cc ao cateter. • Cateterizar utilizando técnica assética • Verificar a saída de líquido de retorno e as suas características • Abrir a válvula de despejo do saco coletor e colher urina não assética para o copo não esterilizado. • No caso de urina assética, aspirar urina diretamente da conexão do cateter com uma seringa de 50cc e colocar no copo esterilizado • Retirar o cateter suavemente • Passar com compressas embebidas em soro fisiológico no meato urinário • Retirar as luvas • Lavagem higiênica das mãos • Providenciar a arrumação do material

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
			

Apêndice 15

Instrução De Trabalho Sobre Kit De Algaliação

	ÁREA URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	KIT DE ALGALIAÇÃO
	IT. (CIRA.120). ?

1 DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Objetivo – Organizar o material para a realização da técnica de inserção de cateter urinário no adulto.

Referencia – Operacionalizar o procedimento de execução da técnica de inserção de cateter urinário no adulto, conforme o *Procedimento Multissetorial CIRA.120*.
Baseado na IT.7011 "Técnica de algaliação".

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se aos assistentes operacionais da Urgência Geral Polivalente do

3 INSTRUÇÃO DE TRABALHO

KIT de Algaliação
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Avental • 2 Ampolas de Soro fisiológico • 2 Pacotes de compressas esterilizadas 10+10 cm • 1 Pacote de luvas esterilizadas 7 e 8 • 1 Unidade de Gel lubrificante individualizado estéril de 6 ml • 1 Campo com orifício esterilizado • 1 Campo sem orifício esterilizado • 1 Ampola de água destilada • 1 Seringa de 10cc • 1 Saco coletor esterilizado

Atenção
<p>Os Kits devem ser preparados, pelo AO escalado nos setores de Otorrinolaringologia/Oftalmologia, no turno da noite, de forma a manter os níveis definidos.</p> <p>Os níveis são de 5 em cada balcão e 3 nos restantes setores, ficando o AO escalado em cada setor, responsável pela sua manutenção.</p> <p>Os Kits devem ser colocados nos armários próximo das algalias.</p> <p>Os Kits restantes devem ser colocados no armazém do material, junto às algalias.</p>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<u> </u>		1/1

Apêndice 16

Folha De Macas

<div style="text-align: center;"> Urgência Geral Polivalente Identificação de Macas DATA: __/__/__ </div>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Alergias Risco </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-bottom: 5px;"> Identificação </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Localização </div> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				

Tem acompanhantes <input type="checkbox"/> Traz documentos de encaminhamento <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-bottom: 10px;"> Transferência </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Alta</div> <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Contactado</div> <input type="checkbox"/> </div>
Familiar/Pessoa significativa Nome: Contacto: Nome: Contacto:	

